

介護予防支援業務委託料 請求書
(平成 年 月 提出分)

平成 年 月 日

社会福祉法人 ○○○○
各務原市地域包括支援センター○○○○
○○長 ○○○○ 様

所在地
事業所名
代表者名

印

介護予防支援業務委託料を次のとおり請求します。

請求金額 円

<内訳>

①業務委託料 (基本)	3,708 円 ×	件	円
②業務委託料 (初回加算あり)	6,408 円 ×	件	円
③業務委託料 (介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算あり)	6,408 円 ×	件	円
④業務委託料 (初回加算及び介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算あり)	9,108 円 ×	件	円
⑤過誤等調整			円
合 計			円

<請求明細>

番号	被保険者番号	氏 名	請求対象年月	内訳 ①~⑤	特記事項
1			H 年 月		
2			H 年 月		
3			H 年 月		
4			H 年 月		
5			H 年 月		

※ 月遅れ請求、返戻等は特記事項に記入してください。

※ 毎月、実績とともに原則5日までに提出してください。

(平成 年 月 提出分)

番号	被保険者番号	氏名	請求対象年月	内訳 ①~⑤	特記事項
6			H 年 月		
7			H 年 月		
8			H 年 月		
9			H 年 月		
10			H 年 月		
11			H 年 月		
12			H 年 月		
13			H 年 月		
14			H 年 月		
15			H 年 月		
16			H 年 月		
17			H 年 月		
18			H 年 月		
19			H 年 月		
20			H 年 月		
21			H 年 月		
22			H 年 月		

※ 月遅れ請求、返戻等は特記事項に記入してください。

※ 毎月、実績とともに原則5日までに提出してください。