

年 月 日

様

所在地

名称

印

事業所名

代表者

担当者

連絡先

### 介護予防支援業務委託料請求書

(予防給付等関係分)

介護予防支援業務にかかる委託料として次のとおり請求します。

請求金額	0	円
------	---	---

(内 訳)

年	月利用分	介護予防支援	件 × 3,880 =	0 円
		初回加算	件 × 3,000 =	0 円
		小規模多機能連携加算	件 × 3,000 =	0 円
		初回・小規模	件 × 6,000 =	0 円
年	月利用分	介護予防支援	件 × 3,880 =	0 円
		初回加算	件 × 3,000 =	0 円
		小規模多機能連携加算	件 × 3,000 =	0 円
		初回・小規模	件 × 6,000 =	0 円
年	月利用分	介護予防支援	件 × 3,880 =	0 円
		初回加算	件 × 3,000 =	0 円
		小規模多機能連携加算	件 × 3,000 =	0 円
		初回・小規模	件 × 6,000 =	0 円
		介護予防支援	0 件 × 3,880 =	0 円
		初回加算	0 件 × 3,000 =	0 円
		小規模多機能連携加算	0 件 × 3,000 =	0 円
		初回・小規模	0 件 × 6,000 =	0 円

口座振込みによる場合の振込口座

金融機関の名称		本店・支店名					
預金種別	普通 当座	口座番号					
刀ガナ 口座名義人							