

年 月 日

様

所在地

名称

印

事業所名

代表者

担当者

連絡先

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

(介護予防・日常生活支援総合事業分)

介護予防マネジメント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	ケアマネジメントA	件 × 3,880 =	0 円
		ケアマネジメントB	件 × 1,950 =	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・小規模加算	件 × 6,000 =	0 円
年	月利用分	ケアマネジメントA	件 × 3,880 =	0 円
		ケアマネジメントB	件 × 1,950 =	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・小規模加算	件 × 6,000 =	0 円
年	月利用分	ケアマネジメントA	件 × 3,880 =	0 円
		ケアマネジメントB	件 × 1,950 =	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・小規模加算	件 × 6,000 =	0 円
		ケアマネジメントA	0 件 × 3,880 =	0 円
		ケアマネジメントB	0 件 × 1,950 =	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・小規模加算	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						
リガナ 口座名義人									