

介護予防支援および介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書
(年 月分)

年 月 日

(あて先)

〇〇〇法人 〇〇会

(請求者)

所在地 松山市
 法人名 △△△法人 △△会
 代表者職氏名 理事長 □□ □□ 印
 登録番号 〇〇〇〇〇

次のとおり請求します。

請求額	千	百	十	万	千	百	十	円
			¥	2	1	1	8	0

(うち消費税及び地方消費税の額 10%対象 ¥1,925 円)

(金額の頭に¥を記入)

[請求内訳]

区 分	件数	契約単価 (取引に係る消費税を含む)	金 額
介護予防支援費相当分	2 件	3,920 円	7,840 円
介護予防ケアマネジメント費相当分	2 件	3,920 円	7,840 円
初回加算相当分	1 件	2,500 円	2,500 円
委託連携加算分	1 件	3,000 円	3,000 円
合 計	6 件	—	21,180 円

[請求明細]

別紙 2 のとおり

[振込先]

松山	銀行 信用金庫 農協	市役所	本店 支店	フリガナ	キョタクカイゴシエンジギョウショ カンリシャ ドウゴ ハナコ						
口座番号	普通 当座	1	2	3	4	5	6	7	8	口座名義	居宅介護支援事業所 管理者 道後 花子

※振込先が前回と同様の場合は記入する必要はありません。

※口座番号は右づめでお願いします。