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

様式１

（　　　年　　　月分）

　　年　　月　　日

（あて先）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（請求者）

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求額 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　　（うち消費税及び地方消費税の額　10％対象　　　　　　　　　　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 | 件 | 3,920円 | 円 |
| 介護予防ケアマネジメント費相当分 | 件 | 3,920円 | 円 |
| 初回加算相当分 | 件 | 2,500円 | 円 |
| 委託連携加算分 | 件 | 3,000円 | 円 |
| 合　　計 | 件 | ― | 円 |

〔請求明細〕

別紙２のとおり

〔振込先〕

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 銀行信用金庫農協 |  | 本店支店 | フリガナ |  |
| 口座番号 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義 |  |

※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。