

記入例

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)

松山市地域包括支援センター○○

(請求者)

在 地 松山市

黄色いセルは、様式2を参照し、自動計算しています。
様式2を先に作成してください。
内容・合計額等に間違いがないか、確認の上、提出してください。

業 所 名 居宅介護支援事業所□□
者 職 氏 名 ○○ ○○
録 番 号 △△△△△△△△

印

次のとおり請求します。

請求額	千	百	十	万	千	百	十	円
			¥	5	4	9	5	0

(うち消費税及び地方消費税の額 10%対象 ¥4,995円)

(金額の頭に¥を記入)

〔請求内訳〕

区 分	件数	契約単価 (税込)	金 額
介護予防支援費相当分	4件	3,920円	15,680円
初回加算相当分	2件	2,500円	5,000円
委託連携加算分	3件	3,000円	9,000円
処遇改善加算相当分			600円
介護予防ケアマネジメント費	4件	3,920円	15,680円
初回加算相当分	1件	2,500円	2,500円
委託連携加算分	2件	3,000円	6,000円
処遇改善加算相当分			490円
合 計			54,950円
(うち処遇改善加算相当分合計)			(1,090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 名義人

※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。