

別紙

## 介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

令和 年 月 日

(宛先) 新居浜市副市長

所在地  
法人(会社)名  
事業所名  
代表者肩書・氏名 印  
登録番号

年 月実績分介護予防ケアマネジメント業務委託料を次のとおり  
請求します。

**請求金額** 円

(請求内訳)

区分	単価	件数	金額
介護予防ケアマネジメント 計画費相当分	3,980 円	件	円
初回加算相当分	3,000 円	件	円
委託連携加算相当分	3,000 円	件	円
合計			円
うち 消費税額等(10%対象)			円

(請求明細) 別紙のとおり

(振込先)

振込指定金融機関	銀行の名称・支店・出張所等の名称		
預金種別	普通 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

※振込先は、初回または前回の口座番号から変更がある場合のみご記入下さい。

別紙

### 介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書

( 年 月実績分)

居宅介護支援事業所名					
番号	氏名	被保険者番号	初回加算 ※1	連携加算 ※2	介護支援専門員氏 名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
計					

※1 初回加算対象者に○を付けてください。

※2 委託連携加算がある場合に○を付けてください。