

(福)岸和田市社会福祉協議会
地域包括支援センター社協久米田 代表者様

事業所番号 ()

所在地

名称

代表者 _____ 印

業務委託料請求書

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託契約書第7条・第9条の規定により、次のとおり請求します。

請求額	円
-----	---

但し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託契約書に基づく委託料(令和 年 月請求分)

	種 別	件 数			請求額
		年 月分	年 月分	年 月分	
介護 予 防 支 援	初回(基本額+初回加算) @6,170円	件	件	件	円
	初回(基本額+初回加算+委託連携加算) @9,170円	件	件	件	円
	継続(基本額) @3,650円	件	件	件	円
	継続(基本額+委託連携加算) @6,650円	件	件	件	円
	合 計	件	件	件	円

	種 別	件 数			請求額
		年 月分	年 月分	年 月分	
介護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト	初回(基本額+初回加算) @6,170円	件	件	件	円
	初回(基本額+初回加算+委託連携加算) @9,170円	件	件	件	円
	継続(基本額) @3,650円	件	件	件	円
	継続(基本額+委託連携加算) @6,650円	件	件	件	円
	合 計	件	件	件	円

本委託料につきましては、下記の金融機関に振り込みくださいますようお願いいたします。

金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名
	支店	普通 当座		フリガナ

(添付書類)業務委託料請求明細書、給付管理票、サービス利用票(実績込)、サービス利用票別表