

(福)岸和田市社会福祉協議会
地域包括支援センター社協 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) @6,204円 | 件 | 件 | 件 | 円 |
| | 初回(基本額+初回加算+委託連携加算) @9,204円 | 件 | 件 | 件 | 円 |
| | 継続(基本額) @3,684円 | 件 | 件 | 件 | 円 |
| | 継続(基本額+委託連携加算) @6,684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) @6,204円 | 件 | 件 | 件 | 円 |
| | 初回(基本額+初回加算+委託連携加算) @9,204円 | 件 | 件 | 件 | 円 |
| | 継続(基本額) @3,684円 | 件 | 件 | 件 | 円 |
| | 継続(基本額+委託連携加算) @6,684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