

(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) @6,204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、契約書第9条の規定に基づき、大阪府国民健康保険団体連合会から当事業所の登録済み口座へ振り込まれるよう手続きをお願いします。

(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