委託料請求書【介護予防ケアマネジメント用】

令和　　　 年 　　月 　　日

一関地区広域行政組合

管理者　一関市長　佐藤　善仁　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者

住　所

事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録事業者番号

「介護予防サービス計画作成等にかかる業務委託契約書」に基づき、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　金　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　　内訳：初回@　7,000円　　件　継続@　4,000円　　　件

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 委託連携加算@　3,000円　　件(再掲)

　　　　　　　　　　　　　　　　　うち消費税及び地方消費税　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　＜振込先＞

|  |  |
| --- | --- |
| 金 融 機 関 | 銀　行・農　協・信　金 |
| 支店(所)名 | 支　店・支　所・出張所 |
| 口 座 種 別 | 普通・総合・当座・その他 |
| 口 座 名 義（カナ） |  |
| 口 座 名 義（漢字） |  |
| 口 座 番 号 |  |

　委託料請求明細（実績報告書）【介護予防ケアマネジメント用】

令和　　　年　　　月のサービス利用分は次のとおりです。

事業所名

事業所番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | 氏　　名 | 該当に○印 |  | 被保険者番号 | 氏　　名 | 該当に○印 |
| １ |  |  | 初回・連携 | 21 |  |  | 初回・連携 |
| ２ |  |  | 初回・連携 | 22 |  |  | 初回・連携 |
| ３ |  |  | 初回・連携 | 23 |  |  | 初回・連携 |
| ４ |  |  | 初回・連携 | 24 |  |  | 初回・連携 |
| ５ |  |  | 初回・連携 | 25 |  |  | 初回・連携 |
| ６ |  |  | 初回・連携 | 26 |  |  | 初回・連携 |
| ７ |  |  | 初回・連携 | 27 |  |  | 初回・連携 |
| ８ |  |  | 初回・連携 | 28 |  |  | 初回・連携 |
| ９ |  |  | 初回・連携 | 29 |  |  | 初回・連携 |
| 10 |  |  | 初回・連携 | 30 |  |  | 初回・連携 |
| 11 |  |  | 初回・連携 | 31 |  |  | 初回・連携 |
| 12 |  |  | 初回・連携 | 32 |  |  | 初回・連携 |
| 13 |  |  | 初回・連携 | 33 |  |  | 初回・連携 |
| 14 |  |  | 初回・連携 | 34 |  |  | 初回・連携 |
| 15 |  |  | 初回・連携 | 35 |  |  | 初回・連携 |
| 16 |  |  | 初回・連携 | 36 |  |  | 初回・連携 |
| 17 |  |  | 初回・連携 | 37 |  |  | 初回・連携 |
| 18 |  |  | 初回・連携 | 38 |  |  | 初回・連携 |
| 19 |  |  | 初回・連携 | 39 |  |  | 初回・連携 |
| 20 |  |  | 初回・連携 | 40 |  |  | 初回・連携 |
| 合　　　　計 | | 円 | | | | | |