

介護予防支援業務委託料実績報告書兼請求書（介護予防給付）

令和 年 月 日

広 川 町長 様

請求者	住所	
	法人名 代表者名	⑩
	事業所番号	
	事業所名	
	連絡先 (担当者)	

下記のとおり介護予防支援業務委託料を請求します。

令和 年 月 請求分（令和 年 月サービス利用分）（新規・修正・取消）

請求内容明細	単価（税込み）	×	作成件数	請求金額
介護予防サービス計画委託料	4,310 円	×	件	円
初 回 加 算	3,000 円	×	件	円
小規模多機能連携加算	3,000 円	×	件	円
請 求 金 額 （ 合 計 ）				円
納入先（課名）				

振込先

金融機関	銀行・信金		支店・支所		
	労金・農協		出張所		
預金種別	普通	当座			
口座番号					
フリガナ					
口座名義					

介護予防サービス計画費 令和 年 月分

作成状況一覧

No.	担当ケアマネ氏名 (ケアマネ番号)	被保険者番号	氏名 (カナ)	要支援度 (○)	初回加算 (○)	小規模加算 (○)
1				1・2		
2				1・2		
3				1・2		
4				1・2		
5				1・2		
6				1・2		
7				1・2		
8				1・2		
9				1・2		
10				1・2		
11				1・2		
12				1・2		
13				1・2		
14				1・2		
15				1・2		
16				1・2		
17				1・2		
18				1・2		