介護予防ケアマネジメント委託料請求書（総合事業のみ）

平成　　年　　月　　日

益城町長　　様

住　　所

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり請求します

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

平成　　年　　月提供分

委託料 ケアマネジメントＡ　　￥４，３００円　×　　　件　＝　　　　　　　円

委託料　ケアマネジメントＢ　 ￥３，５００円　×　　　件　＝　　　　　　　円

初回加算　　　 ￥３，０００円　×　　　件　＝　　　　　　　円

内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケアマネ  ジメント | 加算 | 被保険者番号 | 氏名 | ケアマネジメント | 加算 | 被保険者番号 | 氏名 |
| Ａ・Ｂ | 初 |  |  | Ａ・Ｂ | 初 |  |  |
| Ａ・Ｂ | 初 |  |  | Ａ・Ｂ | 初 |  |  |
| Ａ・Ｂ | 初 |  |  | Ａ・Ｂ | 初 |  |  |
| Ａ・Ｂ | 初 |  |  | Ａ・Ｂ | 初 |  |  |
| Ａ・Ｂ | 初 |  |  | Ａ・Ｂ | 初 |  |  |

＊介護予防ケアマネジメントＡ・Ｂについては、該当する方に〇をつけてください。

＊加算に該当する場合は、○をつけて下さい

委託料振込先　（初回請求時または変更がある場合にご記入下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先銀行 | 銀行　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 預金項目 | １．普通　　　　　　　　　２．当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義 |  |