

介護予防支援・ケアマネジメント業務委託料請求書（Ⅰ）

（平成 年 月サービス利用分）

平成 年 月 日

（あて先）

桑名市 地域包括支援センター 様

法人住所

法人名

代表者職氏名

居宅介護支援事業所名

印

次のとおり請求します。

請求額	千	百	十	万	千	百	十	円

（金額の頭に¥を記入）

現在、単価変更のため
使用できません

〔請求内訳〕

区 分	件数	契約単価	金 額
介護予防サービス計画費	件	4,480円	円
介護予防サービス計画費（初回）	件	7,606円	円
小規模多機能型居宅 介護事業所連携加算	件	3,126円	円
【要支援者】※ ケアマネジメントA	件	4,480円	円
【要支援者】※ ケアマネジメントA（初回）	件	7,606円	円
合 計	—	—	円

※ 基本チェックリスト該当者でケアマネジメントAの場合は、介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書（Ⅱ）にて請求してください。

〔振込先〕

金融機関名・支店名	口座番号	口座名義
銀行	普通 当座	
信金 本店		
農協 支店		

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書（Ⅱ）

（平成 年 月サービス利用分）

年 月 日

（あて先）

桑名市 地域包括支援センター 様

法人住所

法人名

代表者職氏名

居宅介護支援事業所名

Ⓜ

次のとおり請求します。

請求額	千	百	十	万	千	百	十	円

（金額の頭に¥を記入）

現在は、単価変更のため
使用できません

〔請求内訳〕

区 分	件数	契約単価	金 額
【基本チェックリスト該当者】※ ケアマネジメントA	件	4,480円	円
【基本チェックリスト該当者】※ ケアマネジメントA（初回）	件	7,606円	円
ケアマネジメントB	件	2,240円	円
ケアマネジメントB（初回）	件	5,366円	円
合 計	—	—	円

※ 要支援者でケアマネジメントAの場合は、介護予防支援・ケアマネジメント業務委託料請求書（Ⅰ）にて請求してください。

〔振込先〕

金融機関名・支店名	口座番号							口座名義
銀行 信金 本店 農協 支店	普通 当座							