

# 介護予防ケアマネジメントA業務委託料請求書

令和 年 月 日

平川市長 様

所在地

事業所名

代表者職氏名

印

令和 年 月分の介護予防ケアマネジメントA業務委託料を、下記のとおり  
請求いたします。

請求金額 円

介護予防ケアマネジメントA	件	4,420 円	円
高齢者虐待防止措置減算	件	4,380 円	円
初回加算	件	3,000 円	円
委託連携加算	件	3,000 円	円
合計			円

〔請求明細〕

別紙介護予防ケアマネジメントA業務委託料請求明細書のとおり

〔振込先〕

金融機関名	支店名	種別	口座番号
銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
フリガナ			
口座名義人			

## 介護予防ケアマネジメントA業務委託料請求明細書

居宅介護支援事業所名		令和	年	月分
------------	--	----	---	----

No.	氏名	介護予防ケアマネジメントA	初回加算 @3,000	委託連携加算 @3,000	計
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
頁計		件	件	件	円

## 介護予防ケアマネジメントA業務委託料請求明細書

居宅介護支援事業所名		令和	年	月分
------------	--	----	---	----

No.	氏名	介護予防ケアマネジメントA	初回加算 @3,000	委託連携加算 @3,000	計
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
頁計		件	件	件	円

## 介護予防ケアマネジメントA業務委託料請求明細書

居宅介護支援事業所名		令和	年	月分
------------	--	----	---	----

No.	氏名	介護予防ケアマネジメントA	初回加算 @3,000	委託連携加算 @3,000	計
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
頁計		件	件	件	円