**介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書**

　　年　　月　　日

湧別町地域包括支援センター

　湧別町長　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

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）

　　（ただし、　　　　年　　月分の介護予防ケアマネジメント業務委託料として）

〔請求内訳〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 件数 | 契約単価 | 金　額 |
| 基　　　　本　　　　分 | 件 | 円 | 円 |
| 初期加算分 | 件 | 円 | 円 |
| 小規模多機能連携加算分 | 件 | 円 | 円 |
| 合　　計 | 件 | ― | 円 |

【業務委託料請求明細】

別紙７－１のとおり

**※口座情報：**

湧別町地域包括支援センター　御中

**介護予防ケアマネジメント委託料請求明細書**

　( 　　　年 　 　月分）

|  |  |
| --- | --- |
| **居宅介護支援事業所名** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **被保険者番号** | **氏名** | **基本分** | **初期加算分** | **小規模連携加算分** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 件数の合計（〇の合計） | | |  |  |  |

※基本分、加算分それぞれについて、対象となる場合〇を付けてください。