

様式第 1 号（第 4 条関係）

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

年 月 日

（あて先） かすみがうら市長

事業所名称及び 代表者職氏名	印
住 所 電 話 番 号	

当事業所における【 】月分（1日から末日分）の介護予防ケアマネジメント業務を実施したので「介護予防ケアマネジメント業務実績報告書」を添付し、請求いたします。

No.	対象者氏名	被保険者番号	請求金額	初期加算	連携加算	備考
1			円	円	円	
2			円	円	円	
3			円	円	円	
4			円	円	円	
5			円	円	円	
6			円	円	円	
7			円	円	円	
8			円	円	円	
9			円	円	円	
10			円	円	円	
合 計			円			

振込先金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店	備 考
預 金 種 別	1. 普通預金 2. 当座預金		
口 座 番 号			
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義			

注 1）支払方法は、原則振込みとさせていただきます。

注 2）月毎に翌月 5 日までに かすみがうら市地域包括支援センターへ送付してください。

注 3）対象者人数が 10 名を超えるときは、この様式をコピーして使用してください。請求総額は、1 枚目に記入し、2 枚目以降は請求総額を記入する必要はありません。