

社会福祉法人泉大津市社会福祉協議会
泉大津市地域包括支援センター代表者 様

所在地

事業所名

代表者名

印

業務委託料請求書

介護予防サービス計画作成等業務委託契約書第7条・第8条の規定により、次のとおり請求します。

請求額	円
-----	---

但し、介護予防サービス計画作成等業務委託契約書に基づく委託料(令和 年 月請求分)

	種別	単価	当月請求	月遅れ請求		請求額
			当月分	月分	月分	
介護 予防 支援	継続(基本額)	@ 3,830	件	件	件	円
	初回(基本額+初回加算)	@ 6,330	件	件	件	円
	委託連携(基本額+委託連携加算)	@ 6,830	件	件	件	円
	初回+委託連携(基本額+初回加算+委託連携加算)	@ 9,330	件	件	件	円
	合計		件	件	件	円

	種別	単価	当月請求	月遅れ請求		請求額
			当月分	月分	月分	
介護 予防 ケア マネ ジ メ ン ト	継続(基本額)	@ 3,830	件	件	件	円
	初回(基本額+初回加算)	@ 6,330	件	件	件	円
	委託連携(基本額+委託連携加算)	@ 6,830	件	件	件	円
	初回+委託連携(基本額+初回加算+委託連携加算)	@ 9,330	件	件	件	円
	合計		件	件	件	円

本委託料につきましては、契約書第8条の規定に基づき、大阪府国民健康保険団体連合会から当事業所の登録済み口座へ振り込まれるよう手続きをお願いします。

(添付書類)

業務委託料請求明細書、給付管理票、サービス利用票(実績入力済み)、サービス利用票別表

業務委託料請求明細書(実績報告書)

令和 年 月の請求分は次のとおりです。

事業所番号 _____
(事業所名) _____

No.	初回	委託 連携	継続	サービス提供月			被保険者番号										氏名	担当ケアマネ	予防 給付	総合 事業		
				R	年	月分	0	0	0	0												
1				R	年	月分	0	0	0	0												
2				R	年	月分	0	0	0	0												
3				R	年	月分	0	0	0	0												
4				R	年	月分	0	0	0	0												
5				R	年	月分	0	0	0	0												
6				R	年	月分	0	0	0	0												
7				R	年	月分	0	0	0	0												
8				R	年	月分	0	0	0	0												
9				R	年	月分	0	0	0	0												
10				R	年	月分	0	0	0	0												
11				R	年	月分	0	0	0	0												
12				R	年	月分	0	0	0	0												
13				R	年	月分	0	0	0	0												
14				R	年	月分	0	0	0	0												
15				R	年	月分	0	0	0	0												
16				R	年	月分	0	0	0	0												
17				R	年	月分	0	0	0	0												
18				R	年	月分	0	0	0	0												
19				R	年	月分	0	0	0	0												
20				R	年	月分	0	0	0	0												
21				R	年	月分	0	0	0	0												
22				R	年	月分	0	0	0	0												
23				R	年	月分	0	0	0	0												
24				R	年	月分	0	0	0	0												
25				R	年	月分	0	0	0	0												
26				R	年	月分	0	0	0	0												
27				R	年	月分	0	0	0	0												
28				R	年	月分	0	0	0	0												
29				R	年	月分	0	0	0	0												
30				R	年	月分	0	0	0	0												
31				R	年	月分	0	0	0	0												
32				R	年	月分	0	0	0	0												
33				R	年	月分	0	0	0	0												
34				R	年	月分	0	0	0	0												
35				R	年	月分	0	0	0	0												
計																						

※初回・委託連携・継続のうち、該当する欄に○印を入力してください。予防給付及び総合事業ご使用の枠に○をご記入下さい。