

記入例

エクセルを利用して入力する場合は、色つきのセルに必要な事項を入力することで、請求額等については自動で計算されます。

所在地 **居宅介護支援事業所の住所**

事業所名 **居宅介護支援事業所名**

代表者名 **開設法人代表者氏名** 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、次のとおり請求いたします。

請求書を提出月を記入。  
例) 4実績で5月審査に係る請求は5月請求分となる。

請求額 **14,110** 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 **5** 年 **5** 月請求分)

	単価	当月請求			月遅れ請求		請求額
		当月分	4月分	5月分	4月分	5月分	
継続(基本額)	@ 3,870	1 件	1 件	0 件	0 件	0 件	3,870 円
初回(基本額+初回加算)	@ 6,370	1 件	0 件	0 件	0 件	0 件	6,370 円
委託連携(基本額+委託連携加算)	@ 6,870	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 円
初回+委託連携(基本額+初回加算+委託連携加算)	@ 9,370	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 円
合計		1 件	1 件	0 件	0 件	0 件	10,240 円

  

	単価	当月請求			月遅れ請求		請求額
		当月分	4月分	5月分	4月分	5月分	
継続(基本額)	@ 3,870	1 件	0 件	0 件	0 件	0 件	3,870 円
初回(基本額+初回加算)	@ 6,370	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 円
委託連携(基本額+委託連携加算)	@ 6,870	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 円
初回+委託連携(基本額+初回加算+委託連携加算)	@ 9,370	0 件	0 件	0 件	0 件	0 件	0 円
合計		1 件	0 件	0 件	0 件	0 件	3,870 円

総合事業におけるサービス事業以外に給付サービスを利用している場合は、この欄を使用する。

介護予防マネジメントAまたはCに該当する場合は、この欄を使用する。  
※事業対象者及び要支援認定者で総合事業に

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

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)	@ 3,870	件	件	件	円
	初回(基本額+初回加算)	@ 6,370	件	件	件	円
	委託連携(基本額+委託連携加算)	@ 6,870	件	件	件	円
	初回+委託連携(基本額+初回加算+委託連携加算)	@ 9,370	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)	@ 3,870	件	件	件	円
	初回(基本額+初回加算)	@ 6,370	件	件	件	円
	委託連携(基本額+委託連携加算)	@ 6,870	件	件	件	円
	初回+委託連携(基本額+初回加算+委託連携加算)	@ 9,370	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。

エクセルを利用して入力する場合は、色つきのセルに必要な事項を入力することで、合計数等については自動で計算されます。

### 業務委託料請求明細書(実績報告書)

請求書を提出月を記入。  
例) 4月実績で5月審査に係る請求は5月請求となる。

令和 年 5 月の請求書

算定するサービス提供年月 事業所番号 10桁の数字  
（事業所名） 居宅介護支援事業所名

No.	初回	委託連携	継続	サービス提供年月		被保険者番号										氏名		担当ケアマネ	予防給付	総合事業		
				年	月分	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	泉大津 太郎	毛亜 麻音					
1	○	○		R	6	年	4	月分	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	泉大津 太郎	毛亜 麻音	○	
2			○	R	6	年	4	月分	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	泉大津 花子	毛亜 麻音		○
3			○	R	6	年	3	月分	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	泉大津 二郎		○	
4				R		年		月分	利用者の被保険者番号を入力してください。										利用者の氏名を入力してください。			
5						年		月分	利用者の氏名を入力してください。										利用者を担当している介護支援専門員の氏名を入力してください。			
6						年		月分	0	0	0	0										
7						年		月分	0	0	0	0										
8						年		月分	0	0	0	0										
9						年		月分	0	0	0	0										
10						年		月分	0	0	0	0										
11						年		月分	0	0	0	0										
12						年		月分	0	0	0	0										
13						年		月分	0	0	0	0										
14						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	1		2																		2	1

初回加算を算定する場合は初回欄、委託連携加算を算定する場合は委託連携欄に○印を入力。  
初回加算・委託連携加算以外でサービスの利用があり、請求を行う場合は、継続欄に○印を入力してください。

エクセルを使用している場合は○印の合計数が表示されます。  
手書きの場合は、合計数ご記入ください。  
合計数は当月の請求書との合計数と一致するかをご確認ください。

介護予防支援費として請求する場合は、予防給付欄に○印を入力してください。  
介護予防マネジメント費として請求する場合は、総合事業欄に○印を入力してください。

※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。

## ■入力について■

### 【共通】

- ・入力は**黄色のセル**にしてください。印刷時には、色が出ないように設定しています。
- ・**和暦**で入力してください。
- ・両書式ともデータでの受け入れはできませんので、必ず**印刷して提出**してください。
- ・両ワークシートには保護をかけていますが、外すことは可能です。
- ・提出締切日は、毎月7日です。土日祝日の場合は、変更あり。

### 【請求書】

- ・所在地、居宅支援事業所名、代表者名を必ず入力してください。
- ・請求する年月は必ず入力してください。
- ・給付管理等の単価は入力していますので、件数を入力していただければ、合計金額が表示されます。
- ・印刷後は、代表者印を捺印して提出してください。

### 【委託料請求明細書(実績報告書)】

- ・請求する年月は必ず入力してください。
- ・居宅支援事業所名、事業所番号を必ず入力してください。
- ・被保険者番号、氏名、担当ケアマネなど全ての項目を必ず入力してください。
- ・「初回」「継続」はプルダウンリストから○印を選択してください。