

# 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント管理費請求書

令和 年 月分

年 月 日

|      |         |
|------|---------|
| 請求金額 | 円 (税込み) |
|------|---------|

・内訳 (円)

| 項目      | 件数 | 単価(税込み) | 計 | 備考 |
|---------|----|---------|---|----|
| 介護予防支援費 |    | 4,310   |   |    |
| 初回加算    |    | 3,000   |   |    |

・内訳明細

| No. | 氏名 | 被保険者番号 | 初回加算の有無 |     | サービス提供月 |   |   | 備考 |
|-----|----|--------|---------|-----|---------|---|---|----|
|     |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 1   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 2   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 3   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 4   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 5   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 6   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 7   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 8   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 9   |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 10  |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 11  |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 12  |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 13  |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 14  |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |
| 15  |    |        | 1.有     | 2.無 | 令和      | 年 | 月 |    |

※ 内訳明細の備考欄には、返戻、月遅れ等があった項目に、○をつけて下さい

上記介護予防サービス計画管理費を請求いたします。

・振込み指定金融機関

|                |           |      |
|----------------|-----------|------|
| 金融機関名          | 銀行        | 支店   |
| (フリガナ)<br>口座名義 |           |      |
| 預金種類           | 1.普通 2.当座 | 口座番号 |

原町東地域包括支援センター管理者様

事業所名

管理者



住所

電話番号

事業所番号