

【記入例】

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント管理費請求書

令和元年12月分 日付は記入しないでください。 年 月 日

請求金額 **7,310** 円 (税込み)

新しい月を記載ください

・内訳 (円)

項目	件数	単価(税込み)	計	備考
介護予防支援費	1	4,310	4,310	
初回加算	1	3,000	3,000	

どちらかの番号に○をつけて下さい

対象年月日を記載して下さい

	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	〇〇 〇〇		①. 有	2. 無	令和 元年 10月	○
2			1. 有	2. 無	令和 元年 11月	○
3			1. 有	2. 無	令和 元年 12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 月遅れ、返戻等があれば、	○をつけて下さい
7			1. 有	2. 無	令和 月遅れ、返戻等があれば、	
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

振り込み金融機関名を記載して下さい
銀行・金庫・信用組合・農協など

振り込み金融機関の本店・支店名を記入してください

・振り込み指定金融機関

金融機関名	〇〇〇 銀行	△△△ 支店
(フリガナ) 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 どちらかに○をつけて下さい

印 忘れずに
お願い致します

事業所名 ※※※居宅支援事業所
 管理者 〇〇〇 〇〇〇
 住所 △△△市・・・
 電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
 事業所番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

公印