

請 求 書

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料)

年 月 日

久万高原町長 河野 忠康 様

住 所 _____

事業所名 _____

代表者氏名 _____ 印

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料を次のとおり請求します。

請求金額 金 _____ 円 (_____ 月分)

介護予防支援業務

	積 算 基 礎	金 額
介護予防支援費	3, 8 7 9 円 × 件	
初 期 加 算	2, 7 0 0 円 × 件	
合 計		

介護予防ケアマネジメント業務

	積 算 基 礎	金 額
介護予防ケアマネジメント費	3, 8 7 9 円 × 件	
初 期 加 算	2, 7 0 0 円 × 件	
合 計		

振込先

金融機関名		
口座名義		
口座番号	普通・当座	