

請求様式②-1(介護予防ケアマネジメント費)

令和 年 月 日

新見市長 殿

日付は入力しないでください

所在地
名称
代表者氏名

契約時の法人名で請求してください



それぞれの月を記入してください

代表者印を押印してください。法人印は不可。
(代表者の個人印のみでも大丈夫です。)

4月分 ケアプラン作成事業(介護予防ケアマネジメント)委託料の請求について

このことについて、次のとおり請求します。

「¥」を記入してください

請求金額	百	拾	万	千	百	拾	円
			¥	4	3	8	0

■請求金額の内訳

記入してください。

4月分	件数	単価(月額)	計
ケアプランの策定件数	1件	4,380円	4,380円
初期加算	件	3,000円	円
委託連携加算	件	3,000円	円
合計			4,380円

件数と金額を記入してください

<振込先>

金融機関

預金種別

口座番号

フリガナ

口座名義

※請求用紙については、コピーしてご請求をお願いします。
電子データ(エクセル形式)が必要な場合は、メールで送付しますのでご連絡ください。

請求様式②-2(介護予防ケアマネジメント費 内訳)

事業所名 :

月を記入してください。

4

記入してください

No	住所	氏名	生年月日	初期加算の有無	委託加算の有無
1	新見市新見1234-1	新見 太郎	昭和○年○月○日	有	有
2	新見市大佐小南987-6	包括 花子	昭和○年○月○日	無	無
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

対象者の方を記入してください