

**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  
(印)

それぞれの月を記入してください

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

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。)

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 | 4 | 2 | 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 | 4,420円 | 4,420円 |
| 初期加算       | 件  | 3,000円 | 円      |
| 委託連携加算     | 件  | 3,000円 | 円      |
| 合計         |    |        | 4,420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