

記入見本

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

請求金額	円
------	---

この欄はナンバーリングなどにご自由に使用してください。

平成 年 月 日

(指定居宅介護支援事業者)

さわやかあんしんすこやかセンター
管理者 あて

介護保険事業者番号	2870000000
-----------	------------

住所 神戸市中央区加納町6-5-1

契約者名 社会福祉法人〇〇福祉会 神戸ケアプランセンター

代表者名 理事長 兵庫 一郎 印

電話番号 (078) 123-4567

契約に基づいた金額を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 平成 29 年 5 月決定分

請求内訳書					
1. 継続分	3,840	円	×	1	件= 3,840 円
2. 初回分	6,540	円	×	1	件= 6,540 円
3. 継続分(簡易型)		円	×		件= 円
4. 初回分(簡易型)		円	×		件= 円
5. 合計(消費税相当額を含む)					10,380 円

[振込先口座]

銀行名	いきいきはつらつ 銀行	支店名	三宮支店
預金種目	普通	口座番号	123456
口座名義(カナ)	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイコウベケアプランセンター		

(注)

1. 請求印は契約書と同じものを押印してください。
2. 様式3-2(指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書)を添付してください。
3. 金額等の修正をする場合は、訂正箇所にも二重線を引き、訂正印(請求印と同じ印)を必ず押印してください。(修正液等による修正は不可です。)
4. 請求者欄に変更のある場合は、届け出てください。

以下は記入しないでください

支払い日 平成 年 月 日	担当者	管理者
---------------	-----	-----