介護予防支援及び第１号介護予防支援業務委託料　請求書

（令和　　年　　月　　提出分）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　様

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

登録番号

介護予防支援及び第１号介護予防支援業務委託料を次のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　円

（１０％対象　　　　　　円　内消費税　　　　　　円）

【内訳】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 業務委託料（基本） | 4,061円×　　　　件 | 円 |
| 1. 業務委託料（初回加算あり） | 6,818円×　　　　件 | 円 |
| 1. 業務委託料（再委託加算あり） | 6,818円×　　　　件 | 円 |
| 1. 業務委託料（初回加算及び再委託加算あり） | 9,574円×　　　　件 | 円 |
| 1. 過誤等調整 |  | 円 |
| 合　　　計 | | 円 |

【請求明細】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 氏　　名 | 請求対象年月 | 内訳  ①～⑤ | 特記事項 |
| 1 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 2 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 3 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 4 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 5 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |

* 月遅れ請求、返戻等は特記事項に記入してください。
* 毎月、実績とともに**原則５日まで**に提出してください。

（令和　　年　　月提出分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 氏　　名 | 請求対象年月 | 内訳  ①～⑤ | 特記事項 |
| 6 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 7 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 8 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 9 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 10 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 11 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 12 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 13 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 14 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 15 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 16 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 17 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 18 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 19 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 20 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 21 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |
| 22 |  |  | Ｒ　　年　　月 |  |  |

* 月遅れ請求、返戻等は特記事項に記入してください。
* 毎月、実績とともに**原則５日まで**に提出してください。