

記入例

委託料請求書

平成 年 月 日

※日付は入れないでください

長与町地域包括支援センター
代表 吉田 慎一 様

事業者名 居宅介護支援事業所 ○○

所在地 ☆☆町(市)◇◇番地◆

法人名 □□□ △△△△

代表者 ◎◎ ◎◎

印

※契約書と同じ印鑑を押印してください

「介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント作成業務委託契約書」に基づき、
下記のとおり請求します。

金 10,310 円也

ただし、平成 28 年 10 月分の委託料として

長崎県内被保険者の場合

- 本請求額については、長崎県国民健康保険連合会から当事業所の登録済口座へ振込まれるよう手続きをお願いします。(下記振込先口座の記入の必要はございません)
- 本請求額は、下記口座に振込みをお願いします。

長崎県外被保険者の場合(以下振込先も記入)

| 振込先 | | | | | | | | | |
|-------|-------|------|----|--|-----|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行 | | 金庫 | | 支店 | | | | |
| | 組合 | | 農協 | | 出張所 | | | | |
| 口座種類 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | | |

記入例

委託料請求明細(実績報告書)

平成 28 年 10 月のサービス利用分は次のとおりです。

事業所名 居宅介護支援事業所 ○○

事業所番号 427○○○○○○○○

委託料請求明細(1 枚目 / 1 枚中)

| 介護予防支援業務分 | | | | 介護予防ケアマネジメント事業分 | | | | |
|------------|-------|-------------|-------|-----------------|-------|---------|-------------|-------|
| 被保険者 番号 | 氏 名 | 請求金額 (円) | | 被保険者 番号 | 氏 名 | 種類 | 請求金額 (円) | |
| 1 | 12345 | 長崎 太郎 | 3,655 | 1 | 22222 | 長与 花子 | A | 6,655 |
| 2 | | | | 2 | | | | |
| 3 | | | | 3 | | | | |
| 4 | | | | 4 | | | | |
| 5 | | | | 5 | | | | |
| 6 | | | | 6 | | | | |
| 7 | | | | 7 | | | | |
| 8 | | | | 8 | | | | |
| 9 | | | | 9 | | | | |
| 10 | | | | 10 | | | | |
| 11 | | | | 11 | | | | |
| 12 | | | | 12 | | | | |
| 13 | | | | 13 | | | | |
| 14 | | | | 14 | | | | |
| 15 | | | | 15 | | | | |
| 16 | | | | 16 | | | | |
| 17 | | | | 17 | | | | |
| 18 | | | | 18 | | | | |
| 19 | | | | 19 | | | | |
| 20 | | | | 20 | | | | |
| 21 | | | | 21 | | | | |
| 22 | | | | 22 | | | | |
| 23 | | | | 23 | | | | |
| 24 | | | | 24 | | | | |
| 25 | | | | 25 | | | | |
| 小計 | | 3,655 円 | | 小計 | | 6,655 円 | | |
| 合 計 | | 10,310 円 | | | | | | |

給付サービス利用がある場合

総合事業のみ利用の場合

ケアマネジメントの種類
現在はAのみ

介護予防支援と
ケアマネジメントAは同額