介護予防支援業務委託料請求書

函館市地域包括支援センター　　　　　分，令和　　年　　月サービス利用分

令和　　年　　月　　日

（請求先）

法人名

事業所名

代表者職氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　（請求元）

法人住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号

　　　　　　　　　　　　　　　　（委託料の請求の権限を委任している場合は，委任者に関する事項を掲載）

令和　　年　　月サービス利用分に係る委託料を、下記のとおり請求いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求額 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| うち消費税及び地方消費税の額　10％対象　￥　　　　　 円 |

　 ※金額の頭に￥を記入してください

〔請求内訳〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 件数 | 契約単価（取引に係る消費税を含む） | 金　額 |
| 介護予防支援費 | 件 | 3,536円 | 円 |
| 初回加算 | 件 | 2,400円 | 円 |
| 委託連携加算 | 件 | 2,400円 | 円 |
| 合　　計 |  |  | 円 |

〔請求明細〕

別紙介護予防支援業務委託料請求明細書のとおり

〔振込先〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | 口座番号 | 名義人 |
| 銀行信金　　　 本店農協　　　 支店 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

※届出している振込先口座を記入してください