

令和 年 月 日

## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント 委託料請求書

大紀町地域包括支援センター  
管理者 様

所在地  
法人名  
事業所名  
代表者職氏名 印

指定介護予防支援業務に係る委託料（令和 年 月実施分）について、下記のとおり請求いたします。

**請求金額** \_\_\_\_\_ **円**

〔請求明細〕

区 分		委 託 料 件 数				請求金額 ①×②
		単価①	当月分	他月	合計②	
介護予防 支援	継続	4,300	件	件	件	円
	初回	7,000	件	件	件	円
	小計	円 ①				
介護予防 ケアマネ ジメント	継続	4,300	件	件	件	円
	初回	7,000	件	件	件	円
	小計	円 ②				
請求金額計		① + ②				円

※1 請求書には当該委託業務提供月当に係る実績を記載したサービス利用票・別表を添付のこと。  
※2 初回作成とは、介護保険における初回加算が算定できる場合に限る。

# 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント作成に係る請求明細書

( 年 月作成分)		事業所名					
番号	氏名	介護度	介護予防 支援	介護予防ケア マネジメント	区分	チェック欄	
1		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
2		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
3		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
4		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
5		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
6		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
7		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
8		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
9		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
10		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
11		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
12		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
13		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
14		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
15		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
16		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
17		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
18		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
19		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	
20		要支援1・2・事業対象者			初回・継続	月分	

区分	他月	当月	
介護予防支援	初回	件	件
	継続	件	件
介護予ケアマネジメント	初回	件	件
	継続	件	件

処理区分	
------	--