

介護予防支援業務委託料実績報告書兼請求書

平成 年 月 日

福岡県介護保険広域連合長 様

請求者	事業所番号	
	事業所名	印
	連絡先 (担当者)	

下記のとおり介護予防支援業務委託料を請求します。

平成 年 月 請求分 (平成 年 月 サービス利用分) (新規・修正・取消)

請求内容明細	単価 (税込み) × 作成件数	請求金額
委託料	4,120 円 × 件	円
初回加算	3,000 円 × 件	円
小規模多機能連携加算	3,000 円 × 件	円
請求金額 (合計)		円

作成状況一覧						
No.	担当ケアマネ氏名 (ケアマネ番号)	被保険者番号	氏名 (カナ)	要支援度 (○)	初回加算 (○)	小規模加算 (○)
1				1・2		
2				1・2		
3				1・2		
4				1・2		
5				1・2		
6				1・2		
7				1・2		
8				1・2		

作成状況一覧						
No.	担当ケアマネ氏名 (ケアマネ番号)	被保険者番号	氏名 (カナ)	要支援度 (○)	初回加算 (○)	小規模加算 (○)
9				1・2		
10				1・2		
11				1・2		
12				1・2		
13				1・2		
14				1・2		
15				1・2		
16				1・2		
17				1・2		
18				1・2		
19				1・2		
20				1・2		
21				1・2		
22				1・2		
23				1・2		
24				1・2		
25				1・2		
26				1・2		
27				1・2		