令和　　　年　　月　　日

令和　　年度介護予防ケアマネジメント計画作成料請求書

豊　山　町　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（名称及び代表者名）

令和　　　年　　　月分を次のとおり請求します。

金額　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | | 単価 | 人数 | 金額 |
|  |  |  |  |  |
| 介護予防ケアマネジメント計画作成料  （新規） | 初回加算・  委託連携加算含む | ９，７７１円 | 人 | 円 |
| 介護予防ケアマネジメント計画作成料  （継続） |  | ４，１４５円 | 人 | 円 |
| 介護予防ケアマネジメント計画作成料  （事業所変更時） | 委託連携加算含む | ６，９５８円 | 人 | 円 |
| 合計 | | | 人 | 円 |

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | 種類 | 口座番号 | 口座名義(フリガナ) |
|  | 普通  当座 |  |  |

担当課確認欄

令和　　　年　　　月　　　日　　担当者