（居宅介護支援事業所→地域包括支援センター）

# 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務実績報告書兼請求書

令和　　年　　月　　日

桐生市地域包括支援センター〇〇

住　所
法人名
（事業所名）
代表者　　印
登録事業所番号

インボイスの登録事業所番号です。介護保険の事業所番号ではありません。適格請求書発行事業者登録をされていない事業所は記入の必要はありません。

れた介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務について、下記のとおり報告及び請求します。

（令和　　年　　月分）

**【参考】**
**4,220円（税込）**
383円（消費税額）
3,837円（消費税抜き）

**3,000円（税込）**
272円（消費税額）
2,828円（消費税抜き）

0 円

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 介護予防サービス計画作成 | 4,220（税込)円 × | 0 人 ＝ | 0 | 円 |
| 介護予防ケアマネジメントA | 4,220（税込)円 × | 0 人 ＝ | 0 | 円 |
| 初回加算 | 3,000（税込)円 × | 0 人 ＝ | 0 | 円 |
| 委託連携加算 | 3,000（税込)円 × | 0 人 ＝ | 0 | 円 |

| 10%対象 | 0 円 | 内消費税 | 0 円 |
|---|---|---|---|

上記請求額と同じ金額を記入します。
免税事業者は記入不要です。
計算式を削除して使用してください。

| No | 被保険者番号 | 氏名 | | | | | 初回加算の有・無 | 委託連携加算の有・無 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

| No | 保険者番 | 氏　名 | 住　所 | 計画種類 | | 初回加算の有・無 | 委託連携加算の有・無 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 介護予防サービス計画 | 介護予防ケアマネジメント | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |
| ＃ | | | | | | | |

| # | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|