

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

住 所  
法人名  
(事業所名)  
代表者

印

登録事業所番号

貴センターより委託された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)

請求額 円

【内訳】

介護予防ケアマネジメントA	4,220 (税込)	円 ×	人 =	円
初回加算	3,000 (税込)	円 ×	人 =	円
委託連携加算	3,000 (税込)	円 ×	人 =	円

10%対象	円	内消費税	円
-------	---	------	---

No	被保険者番号	氏名	住 所	ケアマネジメントの 類型	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						
11						
12						
13						

No	被保険者番号	氏名	住所	ケアマネジメントの 類型	初回加算 の有・無	委託連携 加算の 有・無
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						