

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

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)

請求額 円

【内訳】

介護予防サービス計画作成	4,220 (税込) 円	×	人	=	円
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	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		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

No	被保険者番号	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		
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							