

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

住 所
法人名
(事業所名)
代表者
登録事業所番号
印

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 (件数: 件)

【内訳】

介護予防サービス計画作成 ※加算なし	4,310 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	90 円×		人	=		円)
初回加算あり	7,380 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	160 円×		人	=		円)
委託連携加算あり	7,380 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	160 円×		人	=		円)
初回加算あり・委託連携加算あり	10,440 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	220 円×		人	=		円)
介護予防ケアマネジメントA ※加算なし	4,310 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	90 円×		人	=		円)
初回加算あり	7,380 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	160 円×		人	=		円)
委託連携加算あり	7,380 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	160 円×		人	=		円)
初回加算あり・委託連携加算あり	10,440 (税込)円×		人	=		円
(うち処遇改善加算	220 円×		人	=		円)

10%対象	円	内消費税	円
		内処遇改善加算	円

No	被保険者番号	氏 名	住 所	計画種類	初回加算	委託連携 加算	初回加算・ 委託連携 加算
1					無	無	無
2					無	無	無
3					無	無	無
4					無	無	無
5					無	無	無
6					無	無	無
7					無	無	無
8					無	無	無
9					無	無	無
10					無	無	無

No	被保険者番号	氏 名	住 所	計画種類	初回加算	委託連携 加算	初回加算・ 委託連携 加算
11					無	無	無
12					無	無	無
13					無	無	無
14					無	無	無
15					無	無	無
16					無	無	無
17					無	無	無
18					無	無	無
19					無	無	無
20					無	無	無
21					無	無	無
22					無	無	無
23					無	無	無
24					無	無	無
25					無	無	無
26					無	無	無
27					無	無	無
28					無	無	無
29					無	無	無
30					無	無	無
31					無	無	無
32					無	無	無
33					無	無	無
34					無	無	無
35					無	無	無
36					無	無	無
37					無	無	無
38					無	無	無
39					無	無	無
40					無	無	無
41					無	無	無
42					無	無	無
43					無	無	無
44					無	無	無
45					無	無	無