

# 介護予防ケアマネジメント原案作成委託料請求書（住所地特例者）

平成 年 月 日

（あて先）社会福祉法人 幸田町社会福祉協議会 様

所在地

事業所名

代表者名

印

次のとおり請求します。

請求金額	
------	--

平成 年 月請求分

## 【介護予防ケアマネジメント業務】

区 分	委託料	計画作成件数	請求金額
介護予防ケアマネジメントA	3,951円		
介護予防ケアマネジメントA・初回	6,708円		
合 計	—		

## 【内訳】

	提供月	保険者	被保険者番号	被保険者氏名	初回	継続	認定区分
1							
2							
3							
4							

## 【振込口座】

金融機関名			
口座の種類	普通・当座	口座番号	
口座名義	(フリガナ)		