介護予防ケアマネジメントＢ業務委託料請求書

令和　　年　　月　　日

平川市長　様

所在地
事業所名
代表者職氏名　　印

令和　　年　　月分の介護予防ケアマネジメントＢ業務委託料を、下記のとおり請求いたします。

請求金額　　円

介護予防ケアマネジメントＢ	件	３，３００円	円
初回加算	件	３，０００円	円
担当者会議開催加算	件	１，０００円	円
モニタリング加算	件	５００円	円
委託連携加算	件	３，０００円	円
		合　計	円

〔請求明細〕
別紙介護予防ケアマネジメントＢ業務委託料請求明細書のとおり

〔振込先〕

金融機関名・支店名	口座番号								名義人
銀行 信金　　本店 農協　　支店	普通 当座								