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

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

記載例

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

押印不要

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

×

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

業務継続計画未策定減算は令和７年４月分（５月請求分）から適用です

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。

「減算あり」に該当する場合は、下記を参考に、単価を修正のうえご請求ください。

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〕

介護予防ケアマネジメントＢの単価改正について（令和６年４月～）

・減算なし（Ａ）　　　　　　　　３，３００円

・減算あり

　Ｂ　高齢者虐待防止措置未実施　３，２７０円

　Ｃ　業務継続計画未策定　　　　３，２７０円

　Ｄ　ＢＣともに未実施・未策定　３，２４０円

　※業務継続計画未策定減算は令和７年４月１日から適用となります。

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |