

請求書

令和 年 月 日

(宛先) 社会福祉法人 愛善会
理事長 盛永 喜之

法人住所
法人名
請求者 代表者職氏名
居宅介護支援事業所名
登録番号 T
※適格請求書発行事業者の場合

介護予防支援業務及び第1号介護予防支援事業に係る委託料について、次のとおり請求します。

請求金額	円
(税抜額	円)
(消費税及び地方消費税額 ※税率10%	円)

[請求内訳] (介護予防・第1号介護予防支援費 3,850円 初回 2,500円 委託連携 1,500円 処遇改善加算 2.1% 小数点四捨五入)
※介護職員等処遇改善加算の計算については介護報酬の「単位」に加算率を乗じる 例:介護予防支援費相当分 385単位

(1)介護予防支援業務(請求明細は、別紙1のとおり)

区 分	契約単価(税込単価)税率10% ①		①に対する介護職員等処遇改善加算相当分(税込単価) 税率10% ②		金額(税込額)①+②
介護予防支援費相当分	3,850 円	件	80 円	件	円
介護予防支援費＋初回加算相当分	6,350 円	件	140 円	件	円
介護予防支援費＋委託連携加算相当分	5,350 円	件	120 円	件	円
介護予防支援費＋初回加算＋委託連携加算相当分	7,850 円	件	170 円	件	円
合 計			②小計		円

(2)第1号介護予防支援事業(請求明細は、別紙2のとおり)

区 分	契約単価(税込単価)税率10% ①		①に対する処遇改善加算相当分(税込単価) 税率10% ②		金額(税込額)①+②
第1号介護予防支援事業相当分	3,850 円	件	80 円	件	円
第1号介護予防支援事業＋初回加算相当分	6,350 円	件	140 円	件	円
第1号介護予防支援費＋委託連携加算相当分	5,350 円	件	120 円	件	円
第1号介護予防支援費＋初回加算＋委託連携加算相当分	7,850 円	件	170 円	件	円
合 計			②小計		円

振込先

金融機関・支店名		口座番号								(カタカナ)口座名義
銀行	本店	普通								
信金										
農協	支店	当座								

(請求又は受領を委任した場合は、委任状を添付)

介護予防支援事業委託料請求明細書等

居宅介護支援事業所												
No	氏名	被保険者番号	介護予防 支援費	初回加算	委託連携加算	モニタリング		事業所からの報告の聴取			その他項目	
						方法	支援計画 実施状況	計画どおり の提供	利用者の 状況変化	サービスの 効果	医療系 サービス有無	主治医へ プラン交付日
例	旭川 太郎	0001234567	○	○	○	訪問	○	○	無	有	○	R8.●.●
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
合計件数												

※介護予防支援費及び加算それぞれについて、対象となるものに○を記入してください。

第 1 号介護予防支援事業委託料請求明細書等

居宅介護支援事業所										
No	氏名	被保険者番号	第 1 号 介護予防 支援費	初回加算	委託連携加算	モニタリング		事業所からの報告の聴取		
						方法	支援計画 実施状況	計画どおり の提供	利用者の 状況変化	サービスの 効果
例	旭川 花子	0002345678	○	○	○	訪問	○	○	無	有
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
合計件数										

※第 1 号介護予防支援費及び加算それぞれについて、対象となるものに○を記入してください。