

介護予防支援費請求書

令和 年 月 日

桜川市地域包括支援センター 様

事業所名称 _____
 所在地 _____
 代表者氏名 _____ (印)

一金 0 円也

令和 年 月分の介護予防ケアマネジメント業務の一部委託に係る委託料として、下記金額を請求致します。

介護予防サービス計画作成 (減算なし)					(4,420円/件)
4,420	円	×	0	件	= 0 円
介護予防サービス計画作成 (高齢者虐待防止措置未実施減算あり)					(4,380円/件)
4,380	円	×	0	件	= 0 円
介護サービス計画作成 (業務継続計画未策定減算あり)					(4,380円/件)
4,380	円	×	0	件	= 0 円
介護予防サービス計画作成 (業務継続計画未策定減算あり ^{※1})					(4,340円/件)
4,340	円	×	0	件	= 0 円
初回加算					(3,000円/件)
3,000	円	×	0	件	= 0 円
委託連携加算					(3,000円/件)
3,000	円	×	0	件	= 0 円
合計請求金額					0 円

※1 高齢者虐待防止措置未実施減算及び業務計画未実施減算

請求明細

	被保険者番号	氏名	初回加算	委託連携加算		被保険者番号	氏名	初回加算	委託連携加算
1					11				
2					12				
3					13				
4					14				
5					15				
6					16				
7					17				
8					18				
9					19				
10					20				