**介護予防支援業務委託料請求書**

**（　　　　　　年　　月分 ）**

　　年　　月　　日

（あて先）

古河市社会福祉協議会　会長 様

（請求者）

住　　所

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **請求金額** | **千** | **百** | **十** | **万** | **千** | **百** | **十** | **円** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**（金額の頭に￥を記入してください。）**

【請求内訳】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 件数 | 契約単価 | 金額 |
| 介護予防支援費 | 件 | 4,390円 | 円 |
| 初回加算 | 件 | 3,063円 | 円 |
| 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 | 件 | 3,063円 | 円 |
| 合　 　計 | | | 円 |

**介護予防支援業務委託料請求書**

記入例

**（ 平成 31 年 4 月分 ）**

○○ 年　**5**　月 **４** 日

**4月～2月の請求分は翌月の日付、**

**3月分は○○年3月31日で記入**

**してください。**

（あて先）

古河市社会福祉協議会　会長 様

（請求者）

住　　所

事業所名

**金額の前に『￥』印を**

**記入してください。**

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **請求金額** | **千** | **百** | **十** | **万** | **千** | **百** | **十** | **円** |
|  |  | **￥** | **1** | **1** | **8** | **4** | **3** |

**（金額の頭に￥を記入してください。）**

【請求内訳】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 件数 | 契約単価 | 金額 |
| 介護予防支援費 | **2**　件 | 4,390円 | **8,780**円 |
| 初回加算 | **1**　件 | 3,063円 | **3,063**円 |
| 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 | 件 | 3,063円 | 円 |
| 合　 　計 | | | **11,843**円 |

**合計金額の間違えがないよう**

**記入してください。**