

平成 年 月 日

社会福祉法人  
西予市社会福祉協議会 会長 様

(請求事業所)

印

(事業所番号)

## 介護保険 介護予防ケアマネジメント委託料請求書

つぎの通り、介護予防ケアマネジメントに係る委託料を請求します。

請求額	百	十	万	千	百	十	円

(金額の頭に¥を記入)

請求明細	初回 1件当り	7,300円	件
	継続 1件当り	4,300円	件

ケアプラン作成者一覧	別紙のとおり
------------	--------

ケアプラン審査月	月
介護予防サービス利用月	月

### 【振込先】

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

# ケアプラン作成者一覧

(請求事業所)

---

(事業所番号)

番号	被保険者番号	氏名	金額	介護支援専門員番号	介護支援専門員	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						