

(様式第3号)

年 月 日

四国中央市長 篠原 実 様

所在地

法人名

代表者職氏名

印

事業所名

### 指定介護予防支援業務委託料請求書

指定介護予防支援業務に係る委託料( 年 月実施分) について、下記のとおり請求いたします。

請求金額 円

[請求明細]

区分	件数①	委託料単価②	請求金額①×②	備考
通常分	基本額	4,000円		
	初回加算額	3,000円		
	連携加算額	3,000円		
	小計			
月遅れ分	基本額	4,000円		( )月分( )件
	初回加算額	3,000円		( )月分( )件
	連携加算額	3,000円		
	小計			
過誤等による 精算分	基本額	△4,000円		( )月分( )件
	初回加算額	△3,000円		( )月分( )件
	連携加算額	△3,000円		
	小計			
請求金額計				

※連携加算：委託連携加算