

(様式第 3 号)

年 月 日

四国中央市長 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, 0 0 0 円		
	初回加算額		3, 0 0 0 円		
	連携加算額		3, 0 0 0 円		
	小 計				
月遅れ分	基本額		4, 0 0 0 円		() 月分 () 件
	初回加算額		3, 0 0 0 円		() 月分 () 件
	連携加算額		3, 0 0 0 円		
	小 計				
過誤等による 精算分	基本額		△ 4, 0 0 0 円		() 月分 () 件
	初回加算額		△ 3, 0 0 0 円		() 月分 () 件
	連携加算額		△ 3, 0 0 0 円		
	小 計				
請求金額計					

※連携加算：委託連携加算