

(様式第3号)

令和 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(令和 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	円	
	初回加算額	3,000円	円	
	連携加算額	3,000円	円	
	小計③		円	
月遅れ分	基本額	4,000円	円	()月分()件
	初回加算額	3,000円	円	()月分()件
	連携加算額	3,000円	円	
	小計④		円	
介護職員等処遇改善加算分	小計(円)×2.1%		円	※10円未満切り捨て
請求金額計			円	

※連携加算：委託連携加算