

(様式第1)

介護予防ケアマネジメント（加算分）業務委託料請求書

(請求先) 檜原村長 殿

請求金額	十億			百万			千			円
------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

内 訳	平成		年		月分		
	被保険者番号	利用者		加算区分		金額	
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					初回加算 あり・なし		円
					合計		円

※補助金額は、初回加算あり 4,650 円、初回加算なし、4,400 円

上記の通り請求します。

平成 年 月 日

事業者番号	1	3	7	5	2	0	0	6	5	4				
請求事業者	住所 (所在地)													
	電話番号													
	名称													
	職・氏名													

印

振込先(初回のみ記入):