

殿

住 所

事業所名

代表者氏名

★居宅介護支援事業所は、各地域包括支援センターと契約した住所、事業所名、代表者氏名での記載をお願いします。

令和 年 月分 介護予防支援業務は、次のとおりです。

No	被保険者番号	氏名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏名	初回加算	連携加算
1					11				
2					12				
3					13				
4					14				
5					15				
6					16				
7					17				
8					18				
9					19				
10					20				

※初回加算ありの時は初回加算の欄に「○」、連携加算ありの時は連携加算の欄に「○」を記入。

月遅れ令和 年 月分 介護予防支援業務は、次のとおりです。

No	被保険者番号	氏名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏名	初回加算	連携加算
1					4				
2					5				
3					6				

月遅れ令和 年 月分 介護予防支援業務は、次のとおりです。

No	被保険者番号	氏名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏名	初回加算	連携加算
1					4				
2					5				
3					6				

※初回加算ありの時は初回加算の欄に「○」、連携加算ありの時は連携加算の欄に「○」を記入。

介護予防支援業務 合 計	件
-----------------	---

請 求 書

殿

住 所
事業所名
代表者氏名

★居宅介護支援事業所は、各地域包括支援センターと契約した住所、事業所名、代表者氏名での記載をお願いします。
また、押印省略のため、下記の発行責任者、担当者の記入欄を必ずご記入ください。

請求額	¥									円
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

1. 件名 介護予防支援業務および介護予防ケアマネジメント業務委託

摘要 介護予防支援業務等委託料（令和 年 月分）

①介護予防支援

介護予防支援業務 @ 4,380円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

②介護予防支援 月遅れ (年 月分)

介護予防支援業務 @ 4,380円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

③介護予防支援 月遅れ (年 月分)

介護予防支援業務 @ 4,380円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

発行責任者とは、代表取締役などの事業所内において権限を受けている役職員をいいます。

発行責任者 連絡先 — —

担当者 連絡先 — —

担当者とは、取引において、業務を担当する者をいいます。

委託料請求明細（実績報告書）

様式 15

殿

住 所

事業所名

代表者氏名

★居宅介護支援事業所は、各地域包括支援センターと契約した住所、事業所名、代表者氏名での記載をお願いします。

令和 年 月分 介護予防ケアマネジメント A 利用分は次のとおりです。

No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算
1					8				
2					9				
3					10				
4					11				
5					12				
6					13				
7					14				

※初回加算ありの時は初回加算の欄に「○」、連携加算ありの時は連携加算の欄に「○」を記入。

令和 年 月分 介護予防ケアマネジメント B・C 利用分は次のとおりです。

No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算
1					2				

※加算ありの時は初回・連携加算の欄に「○」を記入。プランの類型に「○」をつける。以下同様

月遅れの令和 年 月分 介護予防ケアマネジメント A・B・C は、次のとおりです。

No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算
1					3				
2					4				

月遅れの令和 年 月分 介護予防ケアマネジメント A・B・C は、次のとおりです。

No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算
1					3				
2					4				

短期集中予防サービス C（集団）のみの介護予防ケアマネジメント A は、次のとおりです。

No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算	No	被保険者番号	氏 名	初回加算	連携加算
1					3				
2					4				

介護予防ケアマネジメント A,B,C 合 計	件
---------------------------	---

請求書

殿

住所
事業所名
代表者氏名

★居宅介護支援事業所は、各地域包括支援センターと契約した住所、事業所名、代表者氏名での記載をお願いします。
また、押印省略のため、下記の発行責任者、担当者の記入欄を必ずご記入ください。

請求額	¥									円
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

1. 件名 介護予防支援業務および介護予防ケアマネジメント業務委託

摘要 介護予防ケアマネジメント業務委託料 (令和 年 月分)

①介護予防

ケアマネジメントA @ 4,380円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

②介護予防

ケアマネジメントB @ 2,130円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

③介護予防 (月遅れ 年 月分)

ケアマネジメントA @ 4,380円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

④介護予防 (月遅れ 年 月分)

ケアマネジメント @ 円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 初回加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円
 内. 連携加算 @ 3,000円 × ***** 人 = ***** 円

発行責任者とは、代表取締役などの事業所内において権限を受けている役職員をいいます。

発行責任者	連絡先	—	—
-------	-----	---	---

担当者	連絡先	—	—
-----	-----	---	---

担当者とは、取引において、業務を担当する者をいいます。