

様式第5号

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

令和 年 月 日

〇〇〇法人 〇〇〇
理事長 〇〇 〇〇 様

郵便番号 377-0007
 所在地 渋川市石原80番地
 法人名 合同会社 石原
 請求者 代表者 代表社員 石原 花子
 職氏名
 事業所 名称 ケアプランセンターはなこ
 電話 0279-22-2179

下記のとおり請求いたします。

請求額	24,174 円
-----	----------

業務委託料名	利用月	金額
介護予防支援業務委託料	令和7年4月	13,536 円
	(月遅れ) 令和6年12月、令和7年3月	10,638 円

振込口座	金融機関	渋川銀行 渋川中央支店		
	口座種別	普通	口座番号	1234567
	口座名義	カナ	ゴウドウガイシャイシハラ	
漢字		合同会社 石原		

発行責任者及び担当者			
・ 発行責任者	石原 花子	(電話番号)	0279-22-2179
・ 担当者	石原 花子	(電話番号)	0279-22-2179

記入例

- 日付は空欄で提出します。
- 委託元である地域包括支援センターの運営法人及び代表者（職、氏名）を入力します。（業務委託契約書の発注者と同じです。）
中央地域包括支援センターは「渋川市長 〇〇 〇〇」と下段に入力します。）
- 受注者（法人）各情報を入力します。押印は省略できますが、発行責任者等の情報を代わりに入力してください。
（補足）業務委託契約書の受注者と同じです。
- 受注者（居宅介護支援事業所）各情報を入力します。
（補足）業務委託契約書の受注者と同じです。
- 下記の金額の合計額（請求額）です。
- 利用月欄1段目は請求直前の利用月を必ず入力し、2段目の（月遅れ）欄には月遅れの利用月を全て入力します。「令和7年1月～3月」など担当者に伝わるよう入力してください。金額はそれぞれの合計金額を入力します。
- 地域包括支援センターが口座振込により委託料を支払う場合に入力します。
口座に変更がある場合は、提出の際に担当者へ報告してください。
- 押印を省略する代わりに発行責任者等の情報を入力します。
（補足）発行責任者とは、代表者のほか請求権限の委任を受けている者を指します。
担当者とは、請求に係る事務を担当する者を指します。発行責任者及び担当者は、