

介護予防支援業務委託料請求書

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	32,230 円
-----	----------

業務委託料名	利用月	金額		内 処遇改善加算金額	
介護予防支援業務委託料	令和8年6月	23,206	円	481	円
	月遅れ(令和8年5月)	4,512	円	0	円
	月遅れ(令和8年4月)	4,512	円	0	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		

「一括作成様式」を使用すると、様式第4号は入力に応じて自動で作成されます。

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。
(業務委託契約書の発注者と同じ。)
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。

受注者(法人)各情報を入力。押印は省略できますが、その代わりに発行責任者等の情報を入力。(業務委託契約書の受注者と同じ)

受注者(居宅介護支援事業所)の各情報を入力。
(業務委託契約書の受注者と同じ)

下記の「金額」の合計額(請求額)を入力。

利用月の1段目欄は、請求直前の利用月を必ず入力。
2段目・3段目欄は、月遅れの利用月を月ごとに入力。
金額は、それぞれの月の合計額を入力。
「内 処遇改善加算額金額」には、左記の「金額」に含まれる処遇改善加算の金額を入力。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。
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、発行責任者の情報を入力。
(発行責任者とは、代表者の他に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、同一人物が兼ねることができます。)