

## 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 | 32,230 円 |
|-----|----------|

| 業務委託料名            | 利用月         | 金額     |   | 内        |
|-------------------|-------------|--------|---|----------|
|                   |             |        |   | 処遇改善加算金額 |
| 介護予防ケアマネジメント業務委託料 | 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<br>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5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可能です。）