

介護予防ケアマネジメント業務 実績報告書兼請求書

〇〇法人〇〇〇〇
理事長 様

【請求者】

郵便番号
所在地
名称
フリガナ
代表者
事業所 名称
電話

業務委託契約書の(乙)受託者と同じになります。

例 〇〇法人 〇〇会
フリガナ フリガナ
理事長 〇〇〇〇

【押印】
代表者印がないと支

居宅介護支援事業所名と電話を入れてください。

請求日 年 月 日

日付は入れないでください。

【振込先】

金融機関	銀行		
店名	支店		
種別	1 普通	2 当座	
口座番号			
口座名義	カタカナで記入してください。		

利用月(和暦)を入れてください。

下記のとおり、

年 月分業務委託料を請求します。

請求金額			百万	¥	2	5	4	7	3	円
------	--	--	----	---	---	---	---	---	---	---

新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、令和3年9月末までの間、基本報酬に0.1%上乘せする。

【計算方法】

$438\text{単位} \times 0.1\% = 0.438 \rightarrow 1\text{単位未満繰り上げ} \doteq 1\text{単位}$
 $(438\text{単位} + 1\text{単位}) \times 10.21\text{円} = 4,482\text{円}$

【請求内訳】

区分	件数	契約単価	金額
基本 (介護予防ケアマネジメント費)	5 件	4,482 円	22,410 円
加算 (初回加算)	1 件	3,063 円	3,063 円
加算 (委託連携加算)	件	3,063 円	円

基本(ケアマネジメント費)が5件
加算(初回加算)が1件の場合

様式第4号

介護予防ケアマネジメント業務 実績報告書兼請求書

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

〇〇法人〇〇〇〇

理事長 様

【請求者】

郵便番号

所在地

名称

フリガナ

代表者

事業所 名称
電話

【振込先】

金融機関	銀行		
店名	支店		
種別	1 普通	2	当座
口座番号			
口座名義			

下記のとおり、 年 月分業務委託料を請求します。

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

【請求内訳】

区分	件数	契約単価	金額
基本 (介護予防ケアマネジメント費)	件	4,482 円	円
加算 (初回加算)	件	3,063 円	円
加算 (委託連携加算)	件	3,063 円	円

この様式は令和3年4月1日から9月30日まで使用します

介護予防ケアマネジメント業務 委託料内訳書

利用月(和暦)を記載

令和 年 月分

日割りになる場合は、訪問型サービス(独自)、通所型サービス(独自)のうち、該当するものについて記入してください。

No.	被保険者氏名	介護支援専門員氏名	区 分		金 額	新規契約に伴う日割	
			加 算			サービス名	契約日
1	〇〇 〇〇	渋川 花子	基本	初回・委託	4,482 円	訪問	1月15日
2	〇〇 〇〇	渋川 花子	基本	初回・委託	4,482 円		
3	〇〇 〇〇	渋川 花子	基本	初回・委託	4,482 円	通所	1月20日
4	〇〇 〇〇	渋川 花子	基本	初回・委託	4,482 円		
5	〇〇 〇〇	渋川 花子	基本	初回・委託	7,545 円	訪問・通所	1/10・1/10
6			基本	初回・委託	円		
7				初回・委託	円		
8				委			
9				委			
10			基本	初回・委			
11			基本	初回・委託	円		
12			基本	初回・委託	円		
13			基本	初回・委託	円		
14			基本	初回・委託	円		
15			基本	初回・委託	円		
16			基本	初回・委託	円		
17			基本	初回・委託	円		
18			基本	初回・委託	円		
19			基本	初回・委託	円		
20			基本	初回・委託	円		
21			基本	初回・委託	円		
22			基本	初回・委託	円		
23			基本	初回・委託	円		
24			基本	初回・委託	円		
25			基本	初回・委託	円		
26			基本	初回・委託	円		
27			基本	初回・委託	円		
28			基本	初回・委託	円		
29			基本	初回・委託	円		
30			基本	初回・委託	円		

加算に該当する場合は、「基本」及び加算の種類両方に○をしてください。

日割りになる場合は、訪問型サービス(独自)、通所型サービス(独自)のうち、該当するものについて、事業所との契

介護予防ケアマネジメント業務 委託料内訳書

令和 年 月分

受託者

No.	被保険者氏名	介護支援専門員 氏名	区 分		金 額	新規契約に伴う日割	
				加 算		サービス名	契約日
1			基本	初回・委託	円		
2			基本	初回・委託	円		
3			基本	初回・委託	円		
4			基本	初回・委託	円		
5			基本	初回・委託	円		
6			基本	初回・委託	円		
7			基本	初回・委託	円		
8			基本	初回・委託	円		
9			基本	初回・委託	円		
10			基本	初回・委託	円		
11			基本	初回・委託	円		
12			基本	初回・委託	円		
13			基本	初回・委託	円		
14			基本	初回・委託	円		
15			基本	初回・委託	円		
16			基本	初回・委託	円		
17			基本	初回・委託	円		
18			基本	初回・委託	円		
19			基本	初回・委託	円		
20			基本	初回・委託	円		
21			基本	初回・委託	円		
22			基本	初回・委託	円		
23			基本	初回・委託	円		
24			基本	初回・委託	円		
25			基本	初回・委託	円		
26			基本	初回・委託	円		
27			基本	初回・委託	円		
28			基本	初回・委託	円		
29			基本	初回・委託	円		
30			基本	初回・委託	円		