様式第２号

介護予防サービス・支援計画書等作成委託料請求書

・

　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円也

内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 単価 | 件数 | 金額 | 金額 | 件数 | 金額 |
| 予防給付 | ＠4,390 | 件 | 円 | ＠3,000 | 件 | 円 |
| ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄＡ | ＠4,390 | 件 | 円 | ＠3,000 | 件 | 円 |
| ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄＢ | ＠4,390 | 件 | 円 | ＠3,000 | 件 | 円 |
| ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄＣ | ＠4,390 | 件 | 円 | ＠3,000 | 件 | 円 |
| 合　　計 |  | 件 | 円 |  | 件 | 円 |
| 総合計 | 円 | | | | | |

介護予防サービス・支援計画書等作成委託料（　　　月分）を上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

　　　紀の川市地域包括支援センター

　　　代表者　紀の川市長　中村　愼司　様

　　　　　　　　請　求　者

　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　（振　込　先）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関・支店名 |  |
| 預　金　名 |  |
| 口 座 番号 |  |
| 名　義　人 |  |

様式第３号

委託業務実施状況報告書

令和　　年　　月　　日

紀の川市地域包括支援センター

　　　代表者　紀の川市長　中村　愼司　様

　　　　　　　　　　　　　　　　報告事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 作成担当者  氏　　　名 | 初回加算 | 種別 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 作成担当者  氏　　　名 | 初回加算 | 種別 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 有 ・ 無 | 給付  Ａ・Ｂ・Ｃ |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）