

年 月 日

# ケアプラン作成委託料請求書

( 令和 年 月分 )

伊勢市社会福祉協議会  
(伊勢市西地域包括支援センター)

住所  
法人名  
事業所名  
代表者名

TEL ( ) -

印

下記金額を請求します。

請求金額

円

種類	区分	月分	単価(円)	件数	請求金額(円)
介護予防支援	介護予防サービス計画費	年 月分	4,380		
		年 月分	4,380		
	介護予防サービス計画費 (初回加算)	年 月分	3,000		
		年 月分	3,000		
	委託連携加算	年 月分	3,000		
		年 月分	3,000		
介護予防ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメントA	年 月分	4,380		
		年 月分	4,380		
	介護予防ケアマネジメントA (初回加算)	年 月分	3,000		
		年 月分	3,000		
	委託連携加算	年 月分	3,000		
		年 月分	3,000		
	介護予防ケアマネジメントB	年 月分	3,570		
		年 月分	3,570		
介護予防ケアマネジメントB (初回加算)	年 月分	3,000			
	年 月分	3,000			

振込先	
金融機関名	
店舗名	支店・本店
□座種目	□普通 □当座 □その他( )
□座番号	
□座名義	