

# 原案作成委託料請求書

年 月 日

社会福祉法人 岬町社会福祉協議会  
岬町社協地域包括支援センター  
会長 辻下 謙二 宛

法人名  
代表者  
住 所

印

事業所名  
管理者  
住 所  
事業所番号

「介護予防に係るケアプラン策定等業務委託契約書」に基づき、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(どちらかにチェックしてください)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 本請求額については、契約書第9条に基づき、大阪府国民健康保険連合会から当事業所の登録済口座へ振込まれるよう手続きをお願いします。(大阪府内事業所のみ) |
| <input type="checkbox"/> 本請求額は、別に提出する「口座振込依頼書」に基づき振込みくださいますようお願いいたします。(大阪府外の事業所)                     |

## 原案作成委託料請求明細（実績報告書）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月のサービス利用分は次のとおりです。

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所番号 \_\_\_\_\_

	被保険者番号	氏 名	初回加算	委託連携加算
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	合計			円

※初回加算（3,000円）、委託連携加算（2,000円）の対象者に、○を付けてください。