

委託料請求明細書（令和 年 月分）

介護予防支援事業所名

居宅介護支援事業所名

	被保険者番号	氏名	請求区分 (該当の欄に○をしてください)							
			介護予防支援				介護予防ケアマネジメント			
			通常	初回	委託 連携	初回 委託連携	通常	初回	委託 連携	初回 委託連携
			4,185	6,838	5,850	8,472	4,185	6,838	5,850	8,472
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
合計人数（名）			0	0	0	0	0	0	0	0
合計金額（円）			0	0	0	0	0	0	0	0
合計人数（名）			0				0			
合計金額（円）			0				0			
合計			0				0			