

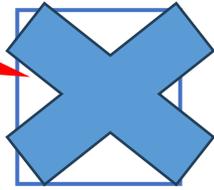
介護予防支援及び 介護予防ケアマネジメント

業務委託契約書及び請求書 の作成方法・記入例

筑波地域包括支援センター

作成方法・記入例

印紙の貼付は必要ありません



7 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約書

下記業務の委託について、委託者筑波地域包括支援センターと、
受託者 **社会福祉法人〇〇〇** とは、裏面の条項により委託契約を締結する。

記

- 1 業務委託内容 **法人名(または事業所名)を記入。
※下記の「受託者名」の名称と合わせること。** 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託
- 2 業務委託場所 つくば市内
- 3 履行期限 令和7年(2025年) 4月1日から
令和8年(2026年) 3月31日まで(365日間)

印

- 4 業務委託料 次の表のとおり。

区分	月額1件あたりの金額(税込)
介護予防支援費	1,780円
介護予防ケアマネジメント費	
介護予防支援費	
介護予防ケアマネジメント費	

**製本テープの上に
割印を押してください。**

上記契約の証として、本書2通を作成し、委託者及び受託者が記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

令和7年(2025年) 4月 1日

委託者 住所
氏名

**法人(または事業所)の住所
名称
代表者職名、代表者名**

を記入の上、押印。
請求書の請求者や振込先口座名義がこちらと異なる場合は、
委任状を提出してください。

受託者 住所 **茨城県つくば市〇〇1-2-3**
氏名

**社会福祉法人〇〇〇
理事長 〇〇 〇〇**

印

契約書の裏面

印

製本テープの上に
割印を押してください。

誤って記入したときの訂正方法

○字削除、○字加入 のように、
例に沿って記入してください。
また、記入したこの文字にかかるとように押印してください。

11字削除、7字加入

印

7 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務 委託契約書

下記業務の委託について、委託者筑波地域包括支援センターと、
受託者 ~~居宅介護支援事業所△△~~ とは、裏面の条項により委託契約を締結する。

~~株式会社○○○~~

記

1 業務委託の名称 介護 ~~支援事業所△△~~ 及び介護予防ケアマネジメント業務委託

訂正する部分を二重線で見え消しにしてください。
訂正する部分に押印は不要です。

作成方法・記入例

※[契約の受託者名]と、[委託料の請求者名]または[振込先口座名義人]が異なる場合のみ作成してください

委 任 状

契約の受託者名である、
法人(または事業所)の住所
名称
代表者職名、代表者名
を記入の上、押印。

日付は記入しない

年 月 日

<委任者>

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の受託者)

所在地 茨城県つくば市〇〇1-2-3

名 称 社会福祉法人 〇〇〇

代表者 理事長 〇〇 〇〇
(職・氏名)



私は次のものを代理人と定め、下記の事項を委任します。

<委任事項>

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託に係る
委託料の請求及び受領について

<受任者>

所在地 茨城県つくば市〇〇3-4

名 称 居宅介護支援事業所 〇〇〇

代表者 管理者 〇〇 〇〇
(職・氏名)



委託料の請求者または振込先口座名義人である、
事業所(または法人)の住所
名称
代表者職名、代表者名
を記入の上、押印。

作成方法・記入例

※介護予防支援の請求も、同様に記入してください

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務 委託料請求書

● ● ● ● 様

月審査分

同じ金額となります

金額

17,397

円

【請求内訳】

区 分	件 数	単 価	金 額
介 護 予 防 ケアマネジメントA	3 件	4,729 円	14,187 円
介 護 予 防 ケアマネジメントB	件	4,354 円	円
初 回 加 算	1 件	3,210 円	3,210 円
委託連携加算	件	2,520 円	円
合 計	4 件		17,397 円

日付は記入しない

上記金額を請求します。

年 月 日

【請求者】

所在地 茨城県つくば市〇〇3-4

事業所(者)名 居宅介護支援事業所 〇〇
及び 管理者 〇〇 〇〇

代表者職・氏名 〇〇 〇〇

電話番号 029-000-0000

(請求に関する連絡先)

【振込先】

金融機関名 〇〇銀行 本店・支店名 〇〇支店

種 別 普通 当座 口座番号 〇〇〇〇〇〇

フリガナ シャカイフクシホウジン 〇〇 リジチョウ 〇〇 〇〇

口座名義人 社会福祉法人〇〇〇 理事長 〇〇 〇〇

【請求書送付先】

●●地域包括支援センター

所 在 : 〒●●●

電話番号 : ●●●●

すべて記入。

※口座名義人が契約者と同じ名称ではない場合、委任状を提出してください。

※介護予防ケアマネジメント対象者一覧表を添付してください。

すべて記入し、押印。

※契約書の受託者と同じ名称ではない場合、委任状を提出してください(記入例の場合、委任状が必要)。

印

記入方法・記入例

※介護予防支援の請求も、同様に記入してください

(別紙) 筑波地域包括支援センター 宛

介護予防ケアマネジメント 対象者一覧表

年 月 審査分

(事業所名)

No.	提供月	被保険者氏名	介護支援専門員氏名	ケアマネジメント		初回加算		委託連携加算	負担割合	業務実施状況 (実施日を記入)						
				A	B	新規	再開			a	b	c	d	e	f	
1	月分															
2	月分															
3	月分															
4	月分															
5	月分															
6	月分															
7	月分															
8	月分															
9	月分															
10	月分															
11	月分															
12	月分															
13	月分															
14	月分															
15	月分															
16	月分															
17	月分															

AとBのどちらかに○をつけてください

該当欄に、日付を記入してください

該当があれば、新規か再開のどちらかに○をつけてください
※新規あるいは再開のみ対象となります。居宅変更は対象にならないのでご注意ください。

3割または4割の場合のみ、記入してください。
1割または2割の場合は、空欄としてください。

該当があれば、○をつけてください

請求なし

1	月分		
2	月分		
3	月分		
4	月分		

- a: サービス事業者等の報告聴取日
- b: 通所系事業所での面談または電話連絡実施日
- c: 基本チェックリスト実施日
- d: 訪問モニタリング
- e: ケアプラン作成
- f: サービス担当者会議開催
(医師の意見確認・医師へのケアプラン交付は介護予防支援のみ)

※ 請求書(介護予防ケアマネジメント)と併せて提出してください。
 ※ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおいて、居宅変更は初回加算に算定できません。