

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

令和 年 月 日

三種町長 様

請求者

住 所

(電 話)

名 称

代表者職氏名

次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円 (_____ 年 _____ 月分)

(金額の頭に¥を記入)

【請求内訳】

| 区 分 | 件数 | 契約単価 | 金 額 |
|---------------|----|-----------|-----|
| 介護予防ケアマネジメント費 | 件 | 4, 4 2 0円 | 円 |
| 初回加算 | 件 | 3, 0 0 0円 | 円 |
| 委託連携加算 | 件 | 3, 0 0 0円 | 円 |
| 合 計 | | | 円 |

【振込先口座】

| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
|-------|--|-----|------|--|--|--|--|--|--|
| | | 当・普 | | | | | | | |
| フリガナ | ----- | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |
| 摘要 | 発行責任者及び担当者 ・発行責任者 ○○ ○○ (電話番号○○○○ E-mail○○○○) ・担当者 ○○ ○○ (電話番号○○○○ E-mail○○○○) | | | | | | | | |

