

介護予防支援業務委託料請求書

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
介護予防支援費	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	〇〇 〇〇	(電話番号〇〇〇〇	E-mail	〇〇〇〇)				
	担当者	〇〇 〇〇	(電話番号〇〇〇〇	E-mail	〇〇〇〇)				

