

請求書への押印を省略できるようになりました。

介護予防支援業務委託料請求書

令和 年 月 日

日付は入れないでください。

〇〇法人 〇〇〇〇〇〇会
理事長 様

業務委託契約の(乙)受注者と同じになります。

例 〇〇法人 〇〇会

郵便番号 000-0000

所在地 〇〇市〇〇0000番地

法人 〇〇〇〇〇〇〇〇

請求者 代表者 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇
職氏名

名称 〇〇〇〇〇〇

事業所

電話 0000-00-0000

下記のとおり請求いたします。

請求額	0	円
-----	---	---

金額を入力すると請求額欄に反映されます。

摘要	金額
令和〇年〇月分介護予防支援業務委託料	円
	円

下段は月遅れ請求時用です。2か月以上の委託料を請求する時はまとめて入力してください。
(例) 令和6年5・6月分介護予防支援業務委託料

振込口座	金融機関	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 支所・出張所
	口座種別	1普通 2当座	口座番号	
	口座名義	カナ ----- 漢字		

発行責任者及び担当者

- ・発行責任者：発行責任者とは代表者のほか、請求権限の委任を受けている者を指します。担当者とは、請求に係る事務を担当する者を指します。
- ・担当者：発行責任者及び担当者は、同一人物が兼ねることができます。

介護予防支援業務委託料請求書

令和 年 月 日

法人 会
理事長 様

郵便番号
所在地

法人

請求者 代表者
職氏名

事業所 名称
電話

下記のとおり請求いたします。

請求額	0 円
-----	-----

摘要	金額
令和〇年〇月分介護予防支援業務委託料	円
	円

振込口座	金融機関	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 支所・出張所
	口座種別	1普通 2当座	口座番号	
	口座名義	カナ ----- 漢字		

発行責任者及び担当者	
・発行責任者：	(電話番号)
・担当者：	(電話番号)