

介護予防支援業務委託料請求書

令和 年 月 日

様

郵便番号

所在地

法人名

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	円
-----	---

業務委託料名	利用月	金額
介護予防支援業務委託料		円
	(月遅れ)	円

振込口座	金融機関			
	口座種別		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)