

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

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) |