

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	内
			処遇改善加算金額
介護予防ケアマネジメント業務委託料		円	円
		円	円
		円	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)