

平成 年 月 日

様

所在地

名称

事業所名

代表者

担当者

連絡先

印

介護予防支援業務委託料請求書

(予防給付等関係分)

介護予防支援業務にかかる委託料として次のとおり請求します。

請求金額	0	円
------	---	---

(内 訳)

平成 年 月利用分	初 回	件 × 6,870 =	0 円
	その他	件 × 3,870 =	0 円
	小規模多機能	件 × 6,870 =	0 円
	初回・小規模	件 × 9,870 =	0 円
平成 年 月利用分	初 回	件 × 6,870 =	0 円
	その他	件 × 3,870 =	0 円
	小規模多機能	件 × 6,870 =	0 円
	初回・小規模	件 × 9,870 =	0 円
平成 年 月利用分	初 回	件 × 6,870 =	0 円
	その他	件 × 3,870 =	0 円
	小規模多機能	件 × 6,870 =	0 円
	初回・小規模	件 × 9,870 =	0 円
		初 回 0 件 × 6,870 =	0 円
		その他 0 件 × 3,870 =	0 円
		小規模多機能 0 件 × 6,870 =	0 円
		初回・小規模 0 件 × 9,870 =	0 円

口座振込みによる場合の振込口座

金融機関の名称		本店・支店名							
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号						
フリガナ 口座名義人									