介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

平成　　年　　月　　日

平川市長　様

所在地

事業所名

代表者職氏名

平成　　年　　月分の介護予防ケアマネジメント業務委託料（　　人分）を下記のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　円

下記の金融機関口座に振り込んで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・労働金庫  支店 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 義 |  |