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	
口座名義（フリガナ）	