介護予防支援業務委託料請求書

令和　　年　　月　　日

平川市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月分の介護予防支援業務委託料を、下記のとおり請求いたします。

請求金額　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護予防支援費 | 件 | ４，３９０ 円 | 円 |
| 初回加算 | 件 | ３，０００ 円 | 円 |
| 委託連携加算 | 件 | ３，０００ 円 | 円 |
| 合　　計 | | | 円 |

〔請求明細〕

別紙介護予防支援業務委託料請求明細書のとおり

〔振込先〕

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名・支店名 | 口座番号 | | | | | | | | 名義人 |
| 銀行  信金　　　 本店  農協　　　 支店 | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |