

請 求 書
一 金 円

ただし、令和 年 月分 介護予防サービス計画作成委託料 として、下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

所在地 _____

事業所 法人名 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

湯浅町長 様

内訳

給付管理業務 _____ 名 × 4,420円 = _____ 円

初回加算 _____ 名 × 3,000円 = _____ 円

委託連携加算 _____ 名 × 3,000円 = _____ 円

No	被保険者番号	氏 名	初回加算	委託連携 加算	No	被保険者番号	氏 名	初回加算	委託連携 加算
1					16				
2					17				
3					18				
4					19				
5					20				
6					21				
7					22				
8					23				
9					24				
10					25				
11					26				
12					27				
13					28				
14					29				
15					30				

振 込 先	フリガナ	銀行	本店	預金種別	普通・当座・その他
		農協	支店		
	口座名義	金庫	支所	口座番号	