

請 求 書
一 金 円

ただし、令和 年 月分 介護予防ケアマネジメント作成委託料 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		銀行		本店	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他
		農協		支店	口座番号	
	フリガナ	金庫		支所		
	口座名義					