

請 求 書

(アラビア数字で記載し、頭書に¥の記号を付し、訂正しないでください。)

金 額									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防支援業務委託料 平成 年 月分

内訳 委託料

(単価) 3,870 円 × 件 = 円

初回加算・小規模多機能情報提供加算

(単価) 3,000 円 × 件 = 円

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

三豊市長 殿

所在地

請求者 名称

代表者職氏名

印

振込先 口座	金融機関名				支店名			
	預金 種目	当座 <input type="checkbox"/>	普通 <input type="checkbox"/>	口座 番号				
(カガ)	口座 名義							