**請　　求　　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　（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。）

介護予防支援業務委託料　　令和　　年　　月分

内訳　委託料

　　　（単価）3,942円×　　　件＝　　 円

　　　初回加算

　　　（単価）3,000円×　　 件＝　　 　　　円

　　　委託連携加算（１人につき１回のみ）

　　　（単価）3,000円×　　 件＝　　 　　　円

上記の金額を請求します。

令和　　年　　月　　日

三豊市長　殿

　　所在地

請求者　名称

　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  口座 | 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |
| 預金  種目 | 当座  □ | 普通  □ | 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  口座  名義 |  | | | | | | | | | | | |