

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 (消費税及び地方 消費税を含む)	¥	2	1	9	1	2
---------------------------	---	---	---	---	---	---

介護予防ケアマネジメント（総合事業）業務委託料 令和7年4月分

内訳 委託料

(単価) 3,978 円 × 4 件 = 15,912 円

初回加算

(単価) 3,000 円 × 1 件 = 3,000 円

委託連携加算（1 人につき 1 回のみ）

(単価) 3,000 円 × 1 件 = 3,000 円

上記の金額を請求します。

事務処理上請求日は営業日に
関係なく毎月１０日（国保連
合会データ送付締切日）で
お願いします。

令和〇〇年〇月 10 日

三豐市長 殿

請求者、契約書、債権者登録申出書の申請者欄に記載されたものと同じでなければなりません。

⑨も契約書、債権者登録申出書と
同じ印鑑を押印ください。

所在地 ○○市○○町 123-456

請求者 名称 ○○○○○○○○事業所

代 表 者 職 氏 名 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

債権者登録
申出書記載
されたもの
と同じでな
ければなり
ません。

振込先 口座	金融機関名					支店名							
	〇〇銀行					〇〇支店							
	預金 種目	当座 □	普通 ☑	口座 番号		1	2	3	4	5	6	7	
	(カガ) 口座 名義	〇〇〇											