

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

令和 年 月 日

平川市長 様

所在地
事業所名
代表者職氏名

印

令和 年 月分の介護予防ケアマネジメント業務委託料を、下記のとおり請求いたします。

請求金額 円

介護予防ケアマネジメント A	件	4,390 円	円
初回加算	件	3,000 円	円
委託連携加算	件	3,000 円	円
合 計			円

〔請求明細〕

別紙介護予防ケアマネジメント業務委託料請求明細書のとおり

〔振込先〕

金融機関名・支店名	口座番号							名義人
銀行	普通							
信金 本店								
農協 支店	当座							