

平成 年 月 日

東広島市長様

所在地
名称
代表者

印

介護予防支援業務に係る請求書

平成 年 月分の介護予防支援業務に係る委託料を次のとおり請求します。

金 _____ 円

(内訳)

区分	単価	件数	金額
継続	4,390 円	件	円
初回加算	7,453 円	件	円
介護予防小規模多機能型居宅 介護事業所連携加算	7,453 円	件	円
初回+介護予防小規模多機能 型居宅介護事業所連携加算	10,516 円	件	円
合計		件	円

※請求に際しては、介護予防支援業務報告書を添付してください。

(振込先)

金融機関名	銀行・金庫・信用組合・農協	
	本店・支店・支所・出張所	
預金種別及び口座番号	普通・当座	No.
フリガナ		
口座名義人		

※口座名義人は、できるだけ請求者名と同一にしてください。違う場合は、委任状を添付してください。