

(口座振込用)

箕輪町介護予防支援委託料請求書

年 月 日

箕輪町長

住所

氏名

箕輪町介護予防支援等委託料について次のとおり請求します。

金額 円 (税込)

内訳

区分	単価	件数 (件)	小計 (円)
介護予防支援 (予防給付利用者)	1 件あたり 4,420 円 (税込)		
初回加算 (予防給付利用者)	1 件あたり 3,000 円 (税込)		
委託連携加算	1 件あたり 3,000 円 (税込)		
介護予防支援 (給付管理なし)	1 件あたり 4,420 円 (税込)		
合計 (円)			

次に指定する金融機関の口座へ振り込んでください。

金融機関		支店名	
預金種目	普通・当座・その他	口座番号	
フリガナ 口座名義			

責任者	担当者	連絡先