

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料 請求書

富岡町長様

令和 年 月 日

住所

事業所名

代表者名

印

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料について、下記のとおり請求いたします。

利用者氏名

様

初回利用月	10,420円
初回加算または 委託連携加算のみ	7,420円
通常月	4,420円

利用月	区分	該当項目に ○をつける	金額
令和 年 月	介護予防支援		円
	ケアマネジメント		
合計			円

振込み先口座

金融機関名	銀行・農協・信用金庫・信用組合	支店
口座種別	普通・当座・その他	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		