

# 請求書

(宛先) 高齢者あんしんセンター

金額	
----	--

振込先	
金融機関名	
支店名	
種別	普通・当座
番号	
口座名義 (カタカナで)	

住所  
フリガナ  
法人名

フリガナ  
氏名

電話番号

	請求日		請求 事業所No.	
--	-----	--	--------------	--

注

21 金額は訂正しないでください。  
金額の前に¥の字を記入してください。

No.	品名または名称・規格	数量	単価	金額	納入年月日
1	介護予防サービス計画 作成業務委託料 ( 年 月請求分) 居宅介護支援事業所名 [ ]				
2	介護予防サービス計画作成	件	円	円	
3	初回加算対象	件	円	円	
4	委託連携加算対象	件	円	円	
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※は軽減税率適用対象

合計	
----	--

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）	
・発行責任者	電話番号
・担当者	電話番号

検収