

請 求 書

(宛先) 高齢者あんしんセンター

金 額	
-----	--

住 所
フリガナ
法人名
フリガナ
代表者名
電話番号
登録番号

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)	

注
2 1
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	請求	
					請求日	事業所No.
		年	月	日		
		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						
※は軽減税率適用対象				合 計	円	

10%対象	0円
8%対象	0円

10%消費税額	0円
8%消費税額	0円

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