

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 | 納入年月日 | 請求 |
|------------|---|-----|-----|-----|-------|--------|
| | | | | | | 事業所No. |
| 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 |
| |