

# 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

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	請求日	年	月	日	請求 事業所No.
1	介護予防ケアマネジメント 業務委託料 ( 年 月請求分) 居宅介護支援事業所名 [ ]									
2	原則的な介護予防ケアマネジメントA	件	円	円						
3	原則的な介護予防ケアマネジメントAのうち 初回加算対象	件	円	円						
4	原則的な介護予防ケアマネジメントAのうち 委託連携加算対象	件	円	円						
5										
6										

※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