

# 介護予防プラン作成委託請求書

平成 年 月 日

市貝町長 入野 正明 様

(法人所在地・法人名・代表者・印)

下記のとおり請求いたします。

金 \_\_\_\_\_ 円

但し、平成 年 月分の介護サービス計画費として

1件あたり 4,300円(消費税込み) × 人 = 円

初回加算 3,000円(消費税込み) × 人 = 円

## 振込先口座

金融機関名	
支店名	
預金種目	
口座番号	
(ふりがな) 口座名義	