

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)

平成 年 月分、介護予防ケアマネジメント業務委託料として、下記のとおり請求いたします。

記

請求金額合計 円

(内訳)

・介護予防ケアマネジメント業務 @4,300円 × 件 = 円  
・初回加算 @3,000円 × 件 = 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	