

# ケアプラン策定業務委託料請求書

令和 年 月 日

みやこ町長 井上 幸春 様

請求者

住所

請求額 \_\_\_\_\_ 円 (但し、 月分として)

	金額	件数	請求額(円)
ケアプラン策定業務委託料	3,800	件	
初回加算	3,000	件	

振 込 先	金融機関名						支店名					
	銀行・農協 信金						支店コード				支店	
	種別		口座番号				口座名義(フリガナ)					
	1. 普通	2. 当座										

※請求者欄の記載・印は、契約書の受託者欄と同じ記載・印をお願いします。

※住所変更や代表者変更により、「請求者」欄の記載・印が契約書の受託者欄の記載・印と異なることになった場合には、ご連絡ください。

※この様式で振込が可能なものは、銀行、信金、農協系金融機関のみです。

※必ず、口座名義にフリガナを記入してください。

国保連合会分請求額 \_\_\_\_\_ 円 (但し、 月分として)

	金額	件数	請求額(円)
ケアプラン策定業務委託料	3,800	件	
初回加算	3,000	件	

