介護予防ケアマネジメント委託料請求書

令和 　　年 　月 　日

（あて先）甲州市長

【令和 　　年 　　月分】 （令和　　 年 　 　月 ～ 　　 年 　　月 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請  求  機  関  名 | コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称  代表者 | 印 | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |

当機関が行った、介護予防ケアマネジメント委託料については、次の通り振込をしてください。

振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | 本・支店名 | | | | 預金種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |
| 金融機関＊  コード |  |  |  |  | 本・支店＊  コード |  |  |  | １ 普通  ２ 当座 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口座名義人 | 住所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

＊コード欄は、空白としてください。