令和 　 年　　月　　日

**介護予防支援委託料請求書**

**上三川町地域包括支援センター　様**

請求事業者　所在地

　名　称

　　　　　　　　　　　　代表者氏名印

下記金額について、介護予防支援委託料令和　　年　　　　月分として請求いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **請　求　額** |  |  |  |  |  |  | **円** |

**請求の内訳**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **区　分** | **請　求　内　訳** | **金　額（円）** |
| **介護予防支援費** | **円×　　件＝　　　　円** |  |
| **初回加算** | **円×　　件＝　　　 円** |  |
| **委託連携加算** | **円×　　件＝　　　　円** |  |
| **請　求　合　計　額** | |  |

**振込先金融機関**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **振込先銀行名** | **銀行・金庫　　　　　　支店・支所** | | | |
| **口座番号等** | **区　分** | | **店番号** | **口座番号** |
| **当座・普通** | |  |  |
| **口座名義人** | **住所** |  | | |
| **氏名** | **ﾌﾘｶﾞﾅ** | | |
|  | | |