

記入

平成 年 月 日

社会福祉法人
西予市社会福祉協議会 会長 様

(請求事業所)

印

(事業所番号) _____

介護保険 介護予防ケアマネジメント委託料請求書

下記の通り、介護予防ケアマネジメントに係る委託料を請求します。

請求額	百	十	万	千	百	十	円

(金額の頭に¥を記入)

請求明細	初回 1件当り	7,300円	件
	継続 1件当り	4,300円	件

ケアプラン作成者一覧	別紙のとおり
------------	--------

ケアプラン審査月	月
介護予防サービス利用月	月

請求月を記入してください。
(通常ならサービス利用月の翌月)

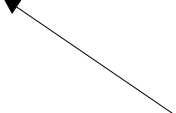
サービス提供月を記入して下さい。

該当に○を付けて下さい。

【振込先】

金融機関名・支店名		銀行		本店
		農協		支店
口座番号	普通 当座			
口座名義				

初回のみ振り仮名を付けて下さい



初回のみ振り仮名を
つけて下さい