

委託料請求書（ 年 月分）

令和 年（ 年） 月 日

〇〇法人

〇〇地域包括支援センター 様

法人名

代表者

住 所

事業所名

管理者

住 所

事業所番号

「介護予防サービス・支援計画表（介護予防ケアプラン）作成等にかかる業務委託契約書」に基づき、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

（どちらかにチェックしてください）

- 本請求額については、契約書第9条に基づき、大阪府国民健康保険団体連合会から当事業所の登録済口座へ振込まれるよう手続きをお願いします。（大阪府内事業所のみ）
- 本請求額は、別に提出する「口座振込依頼書」に基づき振込みくださいますようお願いいたします。（大阪府外の事業所）

