

令和 年 月 日

五所川原市長 様

所在地
名称
代表者名
電話番号

印

介護予防支援業務委託料請求書

金 _____ 円

ただし、介護予防支援業務委託料として、令和 年 月分を上記のとおり請求します。

(内訳 別紙 請求明細書のとおり)
上記の介護予防支援業務委託料を下記の口座に振り込みしてください。

	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他						
フリガナ									
口座名義人									