

請求書

- 1. 右上の請求年月日は空欄としてください。中央包括のみ指定の日付を入れてください。
- 2. 右上の（口座振替依頼者）債権者コードに必ず記入をお願いします。（中央地域包括分）

介護予防支援業務 一部委託事業 請求書

日付は別紙「日付一覧」を参照して記入してください。

令和 年 月 日

（あて先）塩尻市長

（塩尻市中央地域包括支援センター）

（口座振替依頼者）

債権者コード
住所

「中央包括あて」の請求書は債権者コードをご記入ください。

氏名

印

登録番号 T

登録番号の記載をお願いします。

下記のとおり請求します。

事業所名 _____

内 容		単価/円	数量/件	金額/円
介護予防支援費（I）	基本報酬	4,512		
	初回加算	3,063		
	委託連携加算	3,063		
			合計	
			内消費税	

「内消費税額」には、合計金額に10/110 を乗じて得た額（1円未満の端数が生じる場合は切り捨て）が自動計算で入力されます。