第５条関係

令和　　　年　　　月　　　日

**請　求　書**

川 西 市 長 あて

（介護保険課）

住　　所

法 人 名

代表者名

印

Ｔ Ｅ Ｌ

　　下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **請求金額** |  |  | 十億 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |  |

請求金額の訂正は不可とさせていただきます。

請求金額の頭に￥をお書きください。

業 務 名：要介護認定調査委託

請 求 月：　　月分

調査件数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 在 宅 調 査 | 施 設 調 査 |  |
| 単　価（税込） | ４,４００円／件 | ３,３００円／件 |
| 件　数 | 件 | 件 |
| 小　計 | 円 | 円 |
| 合　計 | 円 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振  込  先 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | | | | | | | 支 店 名 | 支店 本店 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 預金種別 | １ 普通　２ 当座　その他（　　　） |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

※請求者と口座名義人が異なる場合は、下記もご記入下さい

　　　　上記委託料の受領を下記のものに委任します。

　　　　　　受任者