

# 介護予防サービス計画作成等業務委託料請求書

令和 年 月 日

知 内 町 長 様

事業所番号									
事業所名 代表者氏名	印								
所在地	〒 - 電話番号								

月分請求額 円

内訳、別紙のとおり

※ 振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	当座・普通	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

