|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請　　求　　書   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 金  額 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | |  |  |  |  |  |  |  |   介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料  （令和　　年　　月分）として  　　　　　上記金額を請求します。  　　　　　　　令和　　年　　月　　日  住　　所  請求者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  鳥取市長　様  　　　　　　　【　請求金額の内訳　】   |  |  | | --- | --- | | 区分 | 委託料 | | 介護予防支援業務分 | 円 | | 介護予防ケアマネジメント業務分 | 円 | | 合計 | 円 | |