|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  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 |

 |