**紀の川市介護予防・日常生活支援総合事業請求書**

　　年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

**請求金額　　　　　　　　　　　円**

下記の受託サービスについて、　　月提供分を上記のとおり請求します。

内訳については、別紙のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 訪問型サービスＡ　（緩和された基準よる訪問サービス） |
|  | 訪問型サービスＣ　（短期集中予防訪問サービス） |
|  | 通所型サービスＡ　（緩和された基準よる通所サービス） |
|  | 通所型サービスＣ　（短期集中予防通所サービス） |

**請求事業所**　　住　　　所：

名　　　称：

代表者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

**振込先**　　金融機関名：

支　店　名：　　　　　支店

預 金 種 別：普通・当座

口 座 番 号：

（フリガナ）

口 座 名 義：