

請求書

| | |
|----|---------------|
| 課名 | 基幹型地域包括支援センター |
|----|---------------|

※太線の中にご記入ください。

| | | | | | | | | |
|--|--|---------------|----------|----|--|---|--|---|
| 金額 | | 十億 | | 百万 | | 千 | | 円 |
| 右記の約定事項を承知し、内訳の価格及び条件をもって注文に応じ履行しますので検査検取済のうえは代金を支払願います。 | | | | | | | | |
| 高知市長 様 | | | 令和 年 月 日 | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | 印 |
| ※債権者登録している口座へ支払う場合は押印の省略ができます。 | | | | | | | | |
| 履行(納入)場所 | | 基幹型地域包括支援センター | | | | | | |

約定事項
1. 納期限を経過した場合は、過期1日につき表記見積金額の千分の一を違約金として代金と相殺せられ又は契約を解除せられるも何等異議ないこと。
2. 高知市の関係規則等の規定は勿論遵守すること。
3. 適法な請求書を受領した日から、30日以内に支払うこと。

| | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 委任関係 | |
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 請求委任 |
| <input type="checkbox"/> 受領委任 | <input type="checkbox"/> 請求受領委任 |
| <input type="checkbox"/> 受取人変更 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------|---------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|
| 支払方法 (□にレ点を入れてください) | <input type="checkbox"/> 債権者登録番号払 (□ 工事前金払) | 債権者登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 口座払 ※債権者登録番号を記入いただいた場合、振込先の記入は不要です。 | 口座振替申出書 | 振込先 | 銀行・信金 農協 信組・労金 | | | | | | | | | | 支店 支所 出張所 | | | | | | |
| | 種目 | | ・普通預金 ・当座預金 ・ | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義 | | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | 納付書払 ・ 窓口払 ・ () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

内 訳

| 品名 | 数量 | 単位 | 単価 | 金額 |
|---|-----------------|----|----|----------|
| 指定介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託料 (指定介護予防支援業務分) 令和 年 月分 | ①加算なし | | 件 | 4,420 円 |
| | ②初回加算のみを加算 | | 件 | 7,420 円 |
| | ③委託連携加算のみを加算 | | 件 | 7,420 円 |
| | ④初回加算及び委託連携加算あり | | 件 | 10,420 円 |
| 合計 | | | | 円 |