

様式第3号（第11関係）

長野市るすばん介護支援事業委託料請求書

年 月 日

社会福祉法人長野市社会福祉協議会長 様

事業者名

代表者名

登録番号

〒

住所

TEL

FAX

長野市るすばん介護支援事業 月分の実績について、下記のとおり報告し、委託料の請求を致します。

¹ 請求金額 円

2 実績

日付		総提供回数（月単位）	総委託料請求金額（月単位）	備考
	平日	2時間コース 回	円	
		3時間コース 回	円	
	平日 時間外 土・日 祝日	2時間コース 回	円	
		3時間コース 回	円	
	混合型	単価 @1,260円 時間	円	
		単価 @1,620円 時間	円	
	初回訪問事務費	件	円	
	合計	回	円	

税抜価格	税額(10%)	請求金額(内税)

振込先：

(フリガナ)
口座名義：

※添付書類：長野市るすばん介護支援事業利用確認書兼領収書（市社協控え用）