金　　　　　　円　也

ただし、令和　　年度　　　月分の地域介護予防活動支援事業（介護予防教室）

委託料として、下記のとおり請求します。

内訳　　　　　　　１事業主体　　　　 　 　 10,000円

　参加人数割　　　　　　人×200円=　　　　　 　　 　　 円

　 計　　　　　　　　　　　　　 　　　 　　　　　 円

令和　　年　　月　　日

　　　　（請求者）

住所：　西川町大字

代表者氏名:　 　 地区ミニデイサービス代表

西　川　町　長 　殿

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払先 |  | 銀　行  農　協 |  | 支店  支所 | 種別  　　　　　普通　　　・　　当座 |
| 口 座 番 号 |  | | | |
| 口 座 名 義 |  | | | |
|  | | | |

※口座振込みの際は、下記へお願いします。