

戸田市障害者日中一時支援事業請求書

年 月 日 ←日付は未記入

(あて先)
戸田市長

請求事業者	事業所番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	住所 (所在地)	〒 335-8588 戸田市上戸田1-18-1
	電話番号	048-441-1800
	名称	〇〇〇〇〇〇 印 ※必ず代表者印を押印ください。
	職・氏名	施設長 〇〇〇〇

下記のとおり請求します。

令和		元	年	0	5	月分
----	--	---	---	---	---	----

請求金額			百万	¥	2	千	0	4	7	円	5
------	--	--	----	---	---	---	---	---	---	---	---

区 分	件数	費用合計	市町村請求額	利用者負担額		
3時間未満	2	¥4,000	¥3,600	¥400		
3時間以上6時間未満	1	¥4,000	¥3,600	¥400		
6時間以上	2	¥12,000	¥10,800	¥1,200		
送迎	5	¥2,750	¥2,475	¥275		
合 計	10	¥22,750	¥20,475	¥2,275		

(振込先口座)

振込先	金融機関情報	〇〇〇〇	銀行金庫農協	〇〇〇〇 店	預金種目	1普通 2当座 3()
	口座番号	1234567				
フリガナ	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
口座名義人	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					