

国立市障害者(児)地域参加型介護サポート事業請求書

令和 年 月 日

国立市長 殿

受任者兼請求者	事業者番号	
	請求者 (事業者の名称)	
	請求者 (代表者)	⑩
	請求者住所 (事業所所在地) 及び連絡先	

下記の支給決定障害者等に係る国立市障害者(児)地域参加型介護サポート事業給付費の支給について、支給決定障害者等からの委任に基づき下記のとおり請求します。

記

請求金額	円	
請求内訳	費用額	時間 × @1,300円 = 円
	自己負担額	円
	差引請求額	円
請求に係るサービス提供月	年 月分	

上記の国立市障害者(児)地域参加型介護サポート事業給付費を次の口座に振り込んで下さい。

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

私は、上記の者を受任者と定め、国立市障害者(児)地域参加型介護サポート事業給付費について、上記の者に給付費の請求及び受領を行うことを委任します。

委任者	利用者等氏名 (児童氏名)	⑩
	利用者等住所 電話番号	電話 ()