

戸田市障害者日中一時支援事業請求書

年 月 日

(あて先)
戸田市長

請求事業者	事業所番号	〒
	住所 (所在地)	
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

区 分	件数	費用合計	市町村請求額	利用者負担額		
合 計						

(振込先口座)

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