

空欄のままをお願いします。

戸田市移動支援事業請求書

第2号様式で通知される戸田市移動支援固有の事業所登録番号。(県の自立支援事業者指定番号ではないので注意!)

年 月 日

(宛先)
戸田市長

あらかじめご登録いただいている、口座振込払依頼書と完全一致するようご注意ください。

請求事業者	事業所番号	0112243000
	〒	335-0022
	住所(所在地)	戸田市上戸田1-18-1
	電話番号	048-441-1800
	名称	(株)在宅福祉サービス戸田 戸田営業所
職・氏名	所長 埼玉 花子	

担当者に連絡のつく電話番号

サービスの提供月ごとに作成。
本書の訂正はできません。書き誤りの場合には恐れ入りますが再度作成ください。

代表者職名・氏名

口座振込払依頼書と同一の代表者印

之印
所長

令和	元	年	5	月分
----	---	---	---	----

サービス提供月を記入

請求金額	百万	千	円
¥	6	0	350

請求区分		件数	金額
内訳	身体介護あり	3	¥58,627
	身体介護なし	1	¥1,723
合計		4	¥60,350

人数分と一致

利用者負担額を差し引いた額