

地域生活支援事業(相談支援)ケアプラン作成費 請求書

年 月 日

(あて先)北名古屋市長

下記のとおり請求します。

請求事業所	事業所番号											
	住 所 (所在地)											
	電話番号											
	名 称											
	代表者の役職者・氏名	印										

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

請 求 金 額	百万			千			円
---------	----	--	--	---	--	--	---

区 分	件数	単価				市町村請求額			
相談支援									

項番	ケアプラン作成障害者等											
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			
	ケアプラン作成日			年		月		日	フリガナ			
									氏名			

振込先	フリガナ											
	口座名義人											
	銀行名							支店名				
	口座種類					口座番号						

小計					件
市町村請求額					円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----