

様式第7号

東海市在宅訪問理美容サービス事業請求書（障がい者用）

令和 年 月 日

（あて先）東 海 市 長

請求者

住 所 _____

店名（屋号） _____

代 表 者 名 _____

電 話 番 号 _____

次のとおり、令和____年____月に在宅訪問理美容サービス事業を実施しましたので、東海市在宅訪問理美容サービス事業実施要綱第9条の規定に基づき請求します。

内 容	実施回数 (利用券枚数)	1回当たり 請求金額	合計請求金額
在宅訪問理美容サービス (障がい者用)	回 (枚)	5, 0 0 0 円	円
振込先			
金融機関		銀行 金庫 組合	支店
預金の種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名			

※ 利用券（黄緑色）の枚数に相違がないか確認の上、利用券を添えて下記の提出先へ提出してください

【問合せ先・提出先】 東海市市民福祉部 社会福祉課
〒476-8601 東海市中央町一丁目1番地
電話：052-613-7653 / 0562-38-6276