

様式第7号

東海市在宅訪問理美容サービス事業請求書（障がい児用）

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 (障がい児用) | 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（クリーム色）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 こども課
〒476-8601 東海市中央町一丁目1番地
電話：052-613-7661 / 0562-38-6283