

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

※ 利用券（オレンジ色）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

〒4 7 6－8 6 0 1 東海市中央町一丁目 1 番地

電話：0 5 2-6 1 3－7 6 5 3／0 5 6 2－3 8－6 2 7 6