

様式第 7 号

東海市在宅訪問理美容サービス事業請求書（要介護者用）

令和 年（ 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（ 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 (要介護者用)	回（枚）	5, 0 0 0 円	円

※ 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 高齢者支援課

〒 4 7 6－0 0 0 3 東海市荒尾町西廻間 2 番地の 1

電話：0 5 2－6 8 9－1 6 0 0（内線 5 0 7）