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（　　　　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(障がい者用) | 回（枚） | ５，０００円 | 円 |

　※　利用券（水色）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：０５２-６０３－２２１１／０５６２－３３－１１１１（内線１２１）