

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, 0 0 0 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

〒 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 0 3－2 2 1 1／0 5 6 2－3 3－1 1 1 1（内線 1 2 1）