移動支援サービス費請求書

 (宛先)　　大田区長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求金額 |  | 円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供月 |  |  | 年 |  | 月分 |
| 明細書件数 |  | 件 |

移動支援サービス費を上記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 事業所番号（10桁） |  |
| 請求事業者 | 住　所（所在地） | 　 |
| 名　称 | 　 |
| 職・氏名 |  | ㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求担当者 | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |