茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業請求書

　　年　　月　　日

（提出先）

　　茅ヶ崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業について、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 請求額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| ２ | サービス提供年月 | 年　月分 | | | | | | | | |
| ３ | 請求額の内訳 | 別紙、実績報告書のとおり | | | | | | | | |

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口座名義人**  (カタカナ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **金　融　機　関　欄** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | | | 支店名 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 支店コード | | | 預金科目 | | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | １ 普通　　　２ 当座　　３ 別段 | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【発行責任者及び担当者】** | | | |
|  | 役　職 | 氏　名 | 電話連絡先 |
| **発行責任者** |  |  |  |
| **担　当　者** |  |  |  |
| ・責任者とは、代表取締役や支店長、営業所長など、社内において権限の委任を受けた役職員とします。 | | | |
| ・担当者とは、本取引に係る事務担当者とします。責任者と担当者は同じでも構いません。 | | | |