

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<br>(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。