

盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業費請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

盛 岡 市 長

請求事業者	障害福祉サービス事業所番号	
	法人住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	法人名称	
	代表者 職・氏名	⑩

次のとおり請求します。

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

区 分	件数	費用合計	市町村 請求額	利用者 負担額
盛岡市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業				

(振込口座)

振込先金融機関		銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所		
金融機関コード		金融機関コード			支店コード		
振込 口座	預金種別	普通 ・ 当座					
	口座番号						
	振込 口座 名義	フリガナ					
		漢字等					