

様式第10-1号（第10条関係）

和泉市重度身体障がい者訪問入浴サービス費請求書

年 月 日

和泉市福祉事務所長 あて

請求金額	
------	--

内訳	請求月	明細件数	金額
	年 月分		

上記のとおり請求します。

事業所番号		
請求事業所	所在地	
	電話番号	
	法人名	
	事業所名	
	代表者職・氏名	印

下記の口座へ振込依頼します。

金融機関名		支店名	
預金種目		口座番号	
フリガナ			
口座名			

和泉市重度身体障がい者訪問入浴サービス費請求明細書

明細件数		明細書枚数	
------	--	-------	--

年 月分	
請求金額	

氏名	所得区分	サービス	数量	単価	本人負担額	請求額
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
		全身浴		13,500		
		部分浴 清拭		12,000		
				合計請求金額		