

# 障がい者移動支援費請求書

(請求先)      和泉市福祉事務所長      あて

請求金額	¥
------	---

内    訳	年      月分		
	請求給付費名	明細件数	金 額
	移動支援サービス費		¥
	合 計		¥
	合 計		¥

年      月      日

上記のとおり請求します。

請求事業者	事業所番号	
	事業所所在地	〒      -
	電話番号	
	法人名	
	事業所名	
	職・氏名	⑩

下記の口座へ振込依頼します。

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