

請 求 書

稲

【記入例】
利用者負担が発生する方が、
1.5時間と3.5時間利用した場合

百		千		円
---	--	---	--	---

ただし、

在宅心身障害者(児)緊急一時保護事業支払いについて

上記の金額を請求します。

年 月 日

住所

稲城市東長沼2111

氏名

稲城 太郎

稲城

印

下記口座にお振込みください。

債権者コードNo.

金融機関	銀行 信金・信組 農 協	支店	支店	口座番号											普通当座
コード				コード											

内訳: @1,600円(2h以内単価) × 1回 = 1,600 円 @3,200円(2hを超えて4h以内単価) × 1回 = 3,200 円

@4,800円(4hを超えて6h以内単価) × 回 = 円 @6,400円(6hを超えた場合単価) × 回 = 円

うち、本人利用料 480 円

切り取り線

請 求 書

稲城市長殿

金

金額欄の記入は不要です。

百

点線で囲ったところを全て記入・捺印して下さい。

在宅心身障害者(児)緊急一時保護事業支払いについて

上記の金額を請求します。

年 月 日

住所

氏名

印

下記口座にお振込みください。

債権者コードNo.

金融機関	銀行 信金・信組 農 協	支店	支店	口座番号											普通当座
コード				コード											

内訳: @1,600円(2h以内単価) × 回 = 円 @3,200円(2hを超えて4h以内単価) × 回 = 円

@4,800円(4hを超えて6h以内単価) × 回 = 円 @6,400円(6hを超えた場合単価) × 回 = 円

利用料(委託料の1割の合計)
を記入ください。

うち、本人利用料 円