

請 求 書

年 月 日

草津市長 様

事業所所在地
事業所名
代表者名

㊞

金 _____ 円

障害者等日中一時支援事業に係る委託料(年 月分)を請求します。

(内訳)

2時間未満	2,500 円 ×	件 =	円
2時間以上4時間未満	4,000 円 ×	件 =	円
4時間以上6時間未満	5,000 円 ×	件 =	円
6時間以上8時間未満	6,000 円 ×	件 =	円
8時間以上	7,500 円 ×	件 =	円
費用額			円
利用者負担額			円
重度加算額	1,500 円 ×	件 =	円
送迎加算額	500 円 ×	件 =	円
請求額			円

(振込先) 支払いは、下記の口座に振り込んでください。

--