

# 請 求 書

年 月 日

草津市長 様

事業者住所

事業者名

印

代表者名

電話番号

草津市障害者移動支援事業( 年 月分)に係る委託料について、下記のとおり請求します。

請求額 円 (①+②+③+④)

(請求内訳)

## 【個別支援】 <一定の介護を要しない>

小 計 円 ①

・利用者数合計 人  
・視覚障害( 人)・身体障害( 人)・知的障害( 人)・精神障害( 人)・障害児( 人)

## <一定の介護を要する>

小 計 円 ②

・利用者数合計 人  
・視覚障害( 人)・身体障害( 人)・知的障害( 人)・精神障害( 人)・障害児( 人)

## 【グループ支援】<一定の介護を要しない>

小 計 円 ③

・利用者数合計 人  
・視覚障害( 人)・身体障害( 人)・知的障害( 人)・精神障害( 人)・障害児( 人)

## <一定の介護を要する>

小 計 円 ④

・利用者数合計 人  
・視覚障害( 人)・身体障害( 人)・知的障害( 人)・精神障害( 人)・障害児( 人)

(添付書類) ・事業実績報告書

上記の支払は、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	
支店名	
口座種類	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義	