

様式第3号（第8条関係）

草津市重度障害者個別支援体制強化事業特別加算費請求書

年 月 日

草津市長 様

住所

申請者名

代表者名

印

電話番号

草津市重度障害者個別支援体制強化事業に係る特別加算費について下記のとおり請求します。

記

年 月分 請求金額 円

（請求金額の積算内訳）

事業所名	加算額 ①	利用延べ日数 ②	請求金額 ③=①×②
	円	日	円

（添付書類）

生活介護サービス提供実績記録票（写し）

上記の支払いは、次の口座に振り込んでください。

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