（様式第８号）

長野市在宅障害者等タイムケア費請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

長野市長　　あて

以下のとおり請求します。

|  |
| --- |
| 　　　年　　月分 |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　　数 | 　　　　　　　　　　　件 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請求者 | 住　　所 | 〒 |  |
|  |
| 電　　話 |  |
| 名　　称 |  |
| 職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 種　　　別 |  |
| 番　　　号 |  |
| 口座名義 |  |

事務担当者名：

※添付書類：長野市在宅障害者等タイムケア利用確認票（様式第９号）