

年 月 日

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業実施費用請求書

吹田市長宛

請求者 住所

事業者名

代表者職氏名

吹田市障害者入院時コミュニケーション支援事業実施費用を下記のとおり請求します。

請求金額	¥
------	---

利用者氏名 _____ 様
 (_____ 年 月 日 から _____ 年 月 日分まで)

※提供内容については、別添実績報告書(様式第6号)のとおり

<請求内訳>

派遣総時間数	時間	分
--------	----	---

	単価(円)	数量	金額(円)
時間給(1時間)	1,590円		
10分以上40分未満	795円		
40分以上	1,590円		
合計	—	—	

<振込口座>

銀行・支店名	銀行	支店
預金種別	普通 ・ 当座 (口座番号)	
ふりがな		
口座名義人		

発行責任者及び担当者 ※請求者欄に押印がある場合は省略可

発行責任者	役職	氏名	連絡先
担当者	役職	氏名	連絡先