様式第５号（第８条関係）

記入例

提出は、サービス提供月の翌月25日までです。

※サービス提供月ごとに、利用者1人に1枚必要になります。

市川市地域生活支援サービスに係る地域生活支援事業費等請求書

市川市から通知を受けた「126036」から始まる

地域生活支援事業の事業所番号を記入してください。

※県等の障害福祉サービスの事業所番号ではありません。

年　　月　　日

　市川市長

登録を受けている事業者

（法人）の情報を正確に

記入してください。

名称は、上段に法人名、

下段に地域生活支援事業

の登録を受けた事業所名

を記入してください。

代表者名は職名（代表取締役

・理事長等）を必ず記入して

ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者 | 事業所番号 | 1260360000 |
| 住所  （所在地） | 〒272-8501  千葉県市川市八幡1-1-1 |
| 電話番号 | 047-334-1111 |
| 名称 | 株式会社市川障害福祉  障害福祉　市川事業所 |
| 職・氏名 | 代表取締役　市川　太郎 |

西暦ではなく、令和で記載してください。

印は不要です。

　　次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和 |  | 6 | 年 |  | ５ | 月分 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 請求金額 | 十億 |  |  | 百万 | ￥ | 4 | 千  １ | 9 | 7 | 円  0 |

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」の金額と必ず一致させてください。

手書きの場合、「￥」マークを記載してください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | サービス内容 | 件数 | 市川市  請求額 |
| 移動支援事業 | 1件 | 41,970円 |

移動支援事業

日中一時支援事業　　　　　いずれかを記入してください

訪問入浴サービス事業

サービス提供月内に

委任を受けてください。

　私は、地域生活支援事業費及び地域生活支援促進事業費の請求及び受領の権限を上記の事業者に委任します。

移動支援事業

日中一時支援事業　　　　　いずれかを記入してください

訪問入浴サービス事業

令和６年　５月　３１日

　　住所　　市川市南八幡2-20-2

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

明細書下部にある「当月地域生活支援事業費請求額」

の金額と必ず一致させてください。

　　電話番号　　090-1234-5678

　　氏名　　行徳　福子　　　　　　　　　　　（後見人等氏名　　　　　　　　　）

印影が不鮮明、読み取りづらい場合は二重線で消し、押し直してください。

こちらで確認ができないと判断した場合、再提出をお願いすることになります。

※シャチハタ不可

（１８歳未満の児童の氏名　　　行徳　福太郎　　　　　　　　　　）

印は不要です。

市確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| 確　　認 | □確認済　　　　　　　□確認不要 |
| 確認した者 | 課（担当者名　　　　　　　　　　） |