様式第5号（第8条関係）

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請求書

年　　月　　日

市川市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者 | 事業所番号 |  | |
| 住　所  （所在地） | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| 名　称 |  | |
| 職・氏名 |  | 印 |

次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |

千

円

十億

百万

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | サービス内容 | 件数 | 市川市  請求額 |
|  |  |  |

私は、地域生活支援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。

年　　月　　日

住　　所

氏　　名

印

<請求連絡表>

市川市役所　障がい者支援課宛

　市川市地域生活支援事業費について別紙　請求書、明細書、提供実績記録票を添えて下記の通り提出します。(振込先は、先に届出のある金融機関口座となります。)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出(郵送)日 令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 事業所番号 |  |
| 事業者名  （法人名） |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者直通  電話番号 |  |
| 担当者  メールアドレス |  |

提出物

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供月 | サービス内容 | | 請求件数 | 請求額合計 |
| 令和　　年　　月分 |  | 移動支援事業 | 件 | 円 |
|  | 日中一時支援事業 |
|  | 訪問入浴サービス事業 |

該当するサービスに

チェックをつけてください