

大阪狭山市地域生活支援給付費請求書

大阪狭山市福祉事務所長 様

※金額の前に **¥マーク**
を記入して下さい。

請求金額		百万	¥	○	○	千	○	円	○
------	--	----	---	---	---	---	---	---	---

内 訳	○ ○ 年 ○ ○ 月分		
	地域生活支援給付費名称	明細書件数	金額
	移動支援（○○）	○○件	○○○○○円
	移動支援（○○） （身体・知的・精神・難病・児童） ※障がい種別ごとに件数・金額を記入してください。	○○件	○○○○○円
	合計		○○○○○円

※地域生活支援サービスの種別、障害の別に分けて作成すること。

上記のとおり請求します。

請求期間は、
毎月1日～10日まで
窓口又は郵送も可

年 月 日

- 口座振込依頼書**
- 住所**
- 電話番号**
- 名称(法人名等)**
- 肩書・代表者名**

※必ず上記内容を記載
して下さい。
相違があると振込み
ができません。
変更する場合は、
口座振込依頼書にて
変更届が必要です。

請求者	住所 (所在地)	〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○番地○○
	電話番号	○○○-○○○-○○○○
	名称	○○○○
	職・氏名	○○○ ○○○○ 印 ※法人印