

# 請 求 書

金 額	十	万	千	百	十	円

但し 年 月 日付け支給申請の介護保険福祉用具購入給付費  
として、上記の金額を請求いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号

町田市長 様

命令番号	
命 令 日	
支 払 日	
備 考	

## 記入例

(切り取らずにご提出ください)

## 請 求 書

金額は70/100、80/100または90/100とし、  
1円未満は切り捨てです。

年月日は  
記入しないでください。

金 額	¥	十	万	千	百	円
			1	8	0	0

但し 年 月 日付け支給申請の介護保険福祉用具購入給付費  
として、上記の金額を請求いたします。

年 月 日

住 所

町田市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名

介護 太郎

押印不要

電話番号

〇〇〇-△△△-□□□□

こすると消えるペン・鉛筆は使用  
できません。  
訂正印の使用はできません。  
訂正が必要な場合は、新しく作成  
し直してください。

市役所記入欄です。  
記入不要です。

町田市長 様

申請者（利用者）本人の  
住所、氏名、電話番号が必要です。

命令番号	
命 令 日	
支 払 日	
備 考	