

請求書

金額	+	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	¥	1	8	0	0	0

但し ~~年 月~~ 日付け支給申請の介護保険
として、上記の金額を請求いたします。

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。

年 月 日

住 所

町田市○○町○丁目○番○号

氏 名

介護 太郎

押印不要

電話番号

○○○-△△△-□□□□

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