

# 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。

~~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。

申請者（利用者）本人の住所、氏名、電話番号が必要です。  
償還払いでも利用者以外の方が給付金を受け取る場合は、受  
任者情報が必要になります。

命令番号
命 令 日
支 払 日
備 考