

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	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

電話番号 〇〇〇-△△△-□□□□

押印不要

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。
償還払いで利用者以外の方が給付金を受け取る場合は、受
任者の情報が必要になります。

命令番号	
命 令 日	
支 払 日	
備 考	