

## 移動支援費請求書

(請求先) 町田市長 様

請求金額	十億				百万				千				円
------	----	--	--	--	----	--	--	--	---	--	--	--	---

	年		月分
--	---	--	----

明細書兼実績記録票件数		件
身体介護あり	単価3,000円 ×	時間
身体介護なし	単価1,700円 ×	時間
合計		円

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求事業者	住所 (所在地)	
	電話番号	
	登録番号	
	名称	
	代表者 職・氏名	印

事前にご提出いただいた債権者登録と同じ住所・名称・代表者・代表者印で  
ご請求いただきますようお願いいたします。