

志木市障害者移動支援事業委託料請求書

年 月 日

志木市長 様

住所  
申請者 事業者名  
代表者氏名  
電話番号



志木市障害者移動支援事業委託料について下記のとおり請求します。

1. 委託料請求額 \_\_\_\_\_ 円

2. 内 訳

対 象 年 月	利 用 者 氏 名	利 用 額	利用者負担額	請 求 額	利 用 時 間
年 月 分					時間
					時間
					時間
					時間
					時間
					時間
					時間
合 計		0	0	0	0 時間

## 移 動 支 援 事 業 利 用 実 績

利用者住所		月分	
氏 名		身体介護	有 ・ 無

利用年月日	時 間	利用時間 合計	利用額	利用者負 担額	請求金額	利用者印	残時間
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
	～				0		
合計		0.0	0	0	0		