様式第3号（第11条関係）

年　　月　　日

身延町長　　　　　様

（請求者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

居宅介護等給付費請求書

このことについて、障害者等安心生活支援事業に係る居宅介護等給付費を次のとおり請求します。

【請求額】　　　　　　　　　　円

■上記請求額の内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 単価 | 数量 | 単位 | 金額 | 備考 |
| 基本額 |  |  | 日 |  |  |
| 食費（朝食） |  |  | 食 |  |  |
| 食費（昼食） |  |  | 食 |  |  |
| 食費（夕食） |  |  | 食 |  |  |
| おやつ |  |  | 食 |  |  |
| 光熱水費相当費用 |  |  | 日 |  |  |

■上記請求代金は次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 店　名 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

(備考）

１　利用者の委任を受けてサービス事業者が請求する場合は、請求者欄は、サービス事業者の所在地、名称、代表者の職氏名を記載してください。

２　障害者等安心生活支援事業利用実績明細書(様式第4号)を添付してください。