

大和高田市長 殿

移動支援事業費 請求書

見 本

請求金額	十億			百万			千			円

内 訳	令和		年		月	請求内容		明細件数	金額
	知的障害者	I 型						件	円
精神障害者							件	円	
視覚障害者							件	円	
全身性障害者	II 型						件	円	
合計							件	円	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

事業者番号								
請求事業者	住所 (所在地)	この部分にご記入ください。						
	電話番号							
	名称							
	職・氏名							

代表者 肩書・氏名記載の上、契約書若しくは委任状と同じ印鑑を押印してください。