

# 請 求 書

金額	千	百	十	万	千	百	十	円

- 但し、介護保険
- 1 居宅介護（予防）サービス費
  - 2 特例居宅介護（予防）サービス費
  - 3 居宅介護（予防）サービス計画費
  - 4 特例居宅介護（予防）サービス計画費
  - 5 施設介護サービス費
  - 6 特例施設介護サービス費
  - 7 居宅介護（予防）福祉用具購入費
  - 8 居宅介護（予防）住宅改修費
  - 9 高額介護（予防）サービス費
  - 10 （特定）標準負担額の差額
  - 11 短期入所振替利用償還払い分
  - 12 介護保険居宅サービス利用料助成費 として

上記金額を請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

年      月      日

取手市長 殿

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

※電話の記載がない場合は氏名欄に記名後、押印してください。

記

振込先	銀行名		口座番号	1 普通 2 当座
	支店名		口 座 名義人	フリガナ -----