

記載例

請求者印と同じ印を「捺印」として  
押印をお願いいたします。

第3号様式（第4条関係）

（対象者： 支給決定障害者の氏名 様）

障害福祉サービスの支給決定に係るケアプラン等作成費請求書

障害福祉サービスの支給決定に係る  
基本情報票を作成した月をご記載ください。

金額		+	万	千	百	+	円
	¥		1	6	3	2	9

障害福祉サービス支給決定に係るケアプラン作成費（令和 6年 3月作成分）として、  
上記金額を請求します。なお、作成費は下記口座に振り込んでください。

代表者（個人を示す）印を押してください。

例）「〇〇株式会社 代表取締役印」  
「××事業所 所長印」など

※無い場合は個人印でも構いません。  
※スタンプ印は不可  
※法人印・事業所印は個人を示していないため不可

請求処理を一括して行う都合上、  
日付は記入せずご提出ください。

令和 年 月 日

〒166-8570  
住 所 杉並区阿佐谷南1-15-1

請求者

事業者名  
代表者名 すぎなみ株式会社  
（職・氏名） 代表取締役 □□ □□ 印

振込先金融機関	杉並	銀行 信用金庫 信用組合	阿佐ヶ谷支 店
口座番号	普通 当 座	1234567	
フリガナ	スギナミ (カ)		
口座名義	すぎなみ株式会社		

※ 金融機関・口座欄は、該当する項目に○をしてください。  
※ 枠内は、正確に記入してください。  
※ 口座名義人が請求者と異なる場合には委任状が必要となります。

口座名義が事業所名又は法人名の場合、  
その記載が請求者の所屬と合致していれば  
委任状は不要です。