

（対象者： 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

金 額		十	万	千	百	十	円

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 年 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。

令和 年 月 日

杉並区長宛

請求者 住 所 _____
事業者名 _____
代表者名 _____
(職・氏名) _____ 印

振込先金融機関	銀 行		店
	信用金庫 信用組合		
口座番号	普 通		
	当 座		
フリガナ			
口座名義			

- ※ 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。
- ※ ゆうちょ銀行への振り込みを希望の方は、振込用の店番号、預金種目、口座番号（7桁）を御確認の上、御記入してください。