　令和　　年　　月　　日

杉並区保健福祉部

障害者施策課長宛

請負人

住所

捨　印

氏名

印

法人の場合は名称及び代表者名

下記契約に係る　　　件分について完了しましたので、お届けします。

つきましては、検査をお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 件名 | 日常生活用具給付等委託（基本契約） | | |
| 履行場所 | 日常生活用具給付委託通知書に記載された対象者の住所 | | |
| 契約年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 履行期限  （　　分） | 令和　　年　　月　　日 |
| 支払金額 |  | 契約番号 | 杉障策契第　　　号 |
|  | | 完了  年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査請求書  受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |  | 検査員  職・氏名 | 印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所　属 | 氏　名 | 連 絡 先 |
| 本件の責任者 |  |  |  |
| 本件の担当者 |  |  |  |

（債権者番号：　　　　　　　　　　　　）※債権者番号が不明な場合は記入不要