

日常生活支援委託事務費 請求額通知書 ( 年 月分)

御中

法人名 \_\_\_\_\_  
 施設名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 責任者 \_\_\_\_\_

標記について、下記のとおり請求いたします。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

【事業所基本情報】

定員数	基本単価	支援体制加算	宿直体制加算	合計	職員体制

【事業実績】(貴福祉事務所分)

入所 実人員	延べ 算定日数	計画未策定者		重点的 要支援者	本人支払額計	委託事務費計算定 額
		3月未満	3月以上			

【内訳：入所者一覧表】 別紙のとおり

【振込先】

金融機関	
支店名	
口座番号	
口座名義	