

年 月 日

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

印

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	一般事務費単価	支援体制加算	宿直体制加算	委託事務費 支弁基準額	人員欠如の状況

【事業実績】（貴福祉事務所分）

委託対象 世帯	委託事務費 算定対象日数	個別支援計画未作成		重点的 要支援者	本人支払額 合計
		3月未満	3月以上		

【内訳】 別添「委託入所者一覧表」のとおり

【振込先】

金融機関	
支店名	
口座番号	
口座名義 (カタカナ)	

日常生活支援委託事務費 請求額通知書（令和2年10月分）

八王子市福祉事務所 御中

正式な名称を記載してください。

法人名 特定非営利活動法人〇〇〇
施設名 〇〇〇〇〇〇〇
所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
責任者 理事長 〇〇 〇〇 印

標記について、下記のとおり請求いたします。

代表者の印

請求金額 ¥48,360 円

【事業所基本情報】

定員	一般事務費単価	支援体制加算	宿直体制加算	委託事務費 支弁基準額	人員欠如の状況
31人	780円	0円	0円	780円	充足

【事業実績】（貴福祉事務所分）

委託対象 世帯	委託事務費 算定対象日数	個別支援計画未作成		重点的 要支援者	本人支払額 合計
		3月未満	3月以上		
2世帯	62日	0人	0人	0人	0円

【内訳】 別添「委託入所者一覧表」のとおり

【振込先】

金融機関	〇〇銀行
支店名	〇〇支店
口座番号	(普通) 〇〇〇〇〇〇〇〇
口座名義 (カタカナ)	トクテイヒエイリカソドウハウジン〇〇 〇〇〇リジチョウ〇〇〇〇

カタカナで、通帳のとおりにすべて記入してください。

※口座名義と請求者が異なる場合は委任状が必要になります。詳しくはお問い合わせください。