

女川町地域生活支援事業給付費請求書

平成 年 月 日

女川町長 殿

請求事業者	事業所番号	
	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

平成		年		月分
----	--	---	--	----

請求金額			百万			千		円
------	--	--	----	--	--	---	--	---

サービス名称	件数	①費用総額	②利用者負担額	サービス給付費 (③=①-②)	備考
移動支援事業	個別移動支援(身体介護を伴う)				
	個別移動支援(身体介護を伴わない)				
	グループ移動支援				
	計				
地域活動支援センター	身体障害者				
	知的障害者				
	精神障害者				
	計				
その他事業	訪問入浴サービス				
	日中一時支援				
	生活サポート				
	計				
合計					