

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)	1	2,540	0	2,540	
	個別移動支援(身体介護を伴わない)					
	グループ移動支援					
	計	1	2,540	0	2,540	
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		1	2,540	0	2,540	