　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　請　求　書

阿賀野市長　　　様

請求者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

以下のとおり請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
| 高齢者訪問理美容サービス助成扶助費として  　　　令和　　　年　　　月分 | | | | | 合計 | | 円 |  |
| 内容 | 摘　要（利用日･件数） | | 費用総額A | 助成券の額B | |  | 市へ請求する額  （AとBいずれか少ない額） | **実施場所**  **※〇印をつけて**  **ください** |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |
| ／ |  |  | ３，０００ | |  |  | 施設等・自宅 |

**訪問理美容サービス助成券を添付してください**