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**