

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

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	