

奈良市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費 請求書

年 月 日

（ 請 求 先 ）

奈 良 市 長

下記のとおり請求します。

請求事業者	障害福祉サービス事業所番号																			
	法人住所 (所在地)	〒																		
	電話番号																			
	法人名称																			
	代表者 職・氏名																			

印

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

(内訳)

奈良市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費 月分として

氏名	利用日数 日	利用時間 時間	金額 円	備考
		:		
		:		
		:		
		:		
		:		
計		:		