様式第6号(第8条関係)

市外障害福祉施設通所経費請求書(本人用)

年　　月　　日

　みよし市長　様

申請者

住所

氏名

　　　年　　月～　　月利用分(　　　日利用)の市外障害福祉施設通所経費を下記のとおり請求します。

記

1　請求金額

金　　　　　　　　　　円

2　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | |
| 預金種別 |  | 口座名義人 |  |
| 口座番号 |  | | |

3　添付書類

　　サービス利用に係る利用者負担の領収書