

家族介護者支援ホームヘルプサービス費 請求書

(宛先) 大田区長

請求金額			百万			千			円

(内訳)

		単価	回数	金額			単価	回数	金額
利用者負担なし	利用時間分	@ 4,000	回	円	利用者負担あり	利用時間分	@ 3,600	回	円
		@ 6,500	回	円			@ 5,850	回	円
		@ 8,500	回	円			@ 7,650	回	円
		@10,000	回	円			@ 9,000	回	円
		@11,500	回	円			@10,350	回	円
		@13,000	回	円			@11,700	回	円
		@14,500	回	円			@13,050	回	円
		@16,000	回	円			@14,400	回	円
	夜間加算	@ 1,000	回	円		夜間加算	@ 900	回	円
		@ 2,000	回	円			@ 1,800	回	円
小計 (A)				円	小計 (B)				円

合計 (A+B)	円
----------	---

上記のとおり請求します。

年 月 日

事業者番号									
請求事業者	住所 (所在地)								
	電話番号	TEL	()				
	FAX番号	FAX	()				
	名称								
	代表者職・氏名								

