

音更町介護保険サービス利用者負担額軽減特別対策費請求書

年 月 日

音更町長 あて

住 所

名 称

代表者氏名

㊞

（サービス事業所名

）

音更町介護保険サービス利用者負担額軽減特別対策費受領委任払契約の規定により、音更町介護保険サービス利用者負担額軽減特別対策費を次のとおり請求します。

記

1. 提 供 月 年 月分

2. 請 求 額 円

（内訳は、別紙「請求明細書」のとおり）

3. 口座振込金融機関の指定

金融機関名		支 店 名	
種 類	普通・当座	口 座 番 号	
(フリガナ) 口 座 名 義			

※はじめて音更町に請求若しくは口座名義等が変更した時のみご記入ください。