

捨印

都加算請求書
(短期入所)

記入しない

年 月 日

(請求先)

豊島区長

殿

指定事業所番号	1 0 0 0 0 0 0 1 2 3
住所 (所在地)	〒 176-0001 東京都豊島区池袋1-2-3
名称	社会福祉法人豊島会
代表者 職・氏名	理事長 豊島 太郎 印

下記のとおり請求します。

サービス提供月	令和 0 2 年 0 4 月分
---------	-----------------

明細書件数	20
-------	----

明細書の「当月都加算請求額」の合計金額を記入

請求金額		百万			千			円
	¥	2	0	0	0	0	0	

金額の先頭に「¥」マークを入力

当初指定年月日 又は 福祉サービス第三者評価受審完了年月日				年			月			日
----------------------------------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※当初指定年月日と福祉サービス第三者評価受審完了年月日のうち、近い方の年月日を記入してください。

※確認のため、「指定通知書」又は「福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した評価調査結果報告書の表紙」の写しを添付してください。

※平成30年度から平成32年度までの間は空欄でも結構です。

請求担当者	氏名	豊島 二郎
	連絡先	03-1234-5678