

請求書 記入見本

可能であれば捨印をお願いします。

豊島区重症心身障害児(者)等在宅レスパイト・就労等支援事業

契約書と  
同じ印

日付は記入  
不要です。

令和 年 月 日

(請求先)

請求事業者

債権者番号

事業所番号

豊島区 長

事業所名

職・氏名

住所

(所在地)

電話番号

契約書に記載した  
事業所名、役職名、  
代表者名、住所をご  
記入ください。

契約書と  
同じ印

請求金額欄は訂正ができません。  
間違えた場合は、恐れ入りますが改めて  
作成してください。

のとおり請求します。

令和 5 年 4 月分

請求金額

百万

¥

4

0

5

0

0

千

円

(内 訳)

件数

2

件

利用回数の合計を  
記入してください。

発注単価	2 時間	2 時間 30 分	3 時間	3 時間 30 分	4 時間
利用者負担免除	15,000 円	18,750 円	22,500 円	26,250 円	30,000 円
	回	回	回	回	回
	14,630 円	18,290 円	21,950 円	25,610 円	29,260 円
	回	回	回	回	回
一般 1(障害児)	14,820 円	18,530 円	22,230 円	25,940 円	29,640 円
	回	回	回	回	回
一般 2	13,500 円	16,870 円	20,300 円	23,620 円	27,000 円
	1 回	回	回	回	1 回

単価ごとの内訳を  
記入してください。

※事業所名、役職名、代表者名、住所に変更が生じた際には、早急にご連絡ください。

※その他、ご不明な点がございましたら下記担当までご連絡ください。

【お問い合わせ】

豊島区役所 障害福祉課 給付グループ 担当 前澤

〒171-8422 豊島区南池袋2-45-1 TEL:03(3981)1963