

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

事業所番号											
請求事業者	住所 (所在地)										
	電話番号	TEL ()									
	F A X 番号	FAX ()									
	名 称										
	代表者職・氏名	印									

