第３号様式（第４条関係）

（対象者：　　　　　　　　　　　　　様）

障害福祉サービスの支給決定に係るケアプラン等作成費請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　額 |  | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

　障害福祉サービス支給決定に係るケアプラン作成費（令和　　年　　月作成分）として、

上記金額を請求します。なお、作成費は下記口座に振り込んでください。

　令和　　年　　月　　日

　杉並区長宛

住　所

　請求者

事業者名

代表者名

（職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀　　行  信用金庫  信用組合 | | 店 |
| 口座番号 | 普　通 |  | |
| 当　座 |
| フリガナ  口座名義 |  | | |
|  | | |

* 金融機関・口座欄は、該当する項目に○をしてください。
* 枠内は、正確に記入してください。
* 口座名義人が請求者と異なる場合には委任状が必要となります。
* ゆうちょ銀行への振り込みを希望の方は、振込用の店番号、預金種目、口座番号　　　（７桁）を御確認の上、御記入してください。