医療的ケア児在宅レスパイト事業報酬請求書

（　　　　年　　　　月分）

令和　　年　　月　　日

（あて先）　横須賀市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　医療的ケア児在宅レスパイト事業報酬として以下のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　　円

（内訳）

別添の「医療的ケア児在宅レスパイト事業実績報告書（令和　　年　　月分）」のとおり

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 金融機関名（支店名） |  |
| 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

本件責任者（担当者）：

担当者電話番号　　 ：