(請)

請　求　書

※ 件　名	「ミドルステイサービス費」、「緊急ショートステイサービス費」、「緊急一時保護サービス費」の内、該当の件名を記載してください。

請　求　金　額 (1)+(2)	十	百	千	円

納入(履行)年月日	納入場所又は履行場所
平成　　年　　月　　日　　請求するサービスの最終提供月の末日を記載してください。	請求するサービスを提供した事業所名を記載してください。

品名又は件名	数量	単価	金額
「別添明細表のとおり」と記載してください	単位	円	円
(1)　小　計			
(2)消費税及び地方消費税に相当する額			

平成　　年　　月　　日

神　戸　市　長　あて

〒　　－

口座振替で支払いされる場合は
下記口座に振込みしてください。

住　所

請求者の肩書の印をお願いします。
(例) 施設長印、理事長印、園長印
↓

登録債権者番号

氏　名　　㊞

☎ (　　)　　－

口座振替依頼欄	銀行 支店名	銀行 金庫　　支店		口座名義（カナ）30字以内
	預金 種目	1. 普　通 2. 当　座	口座 番号	フ ク)

↑「シャカイフクシホウジン」は「フク）」と記載してください。

注　意　(1)　消費税及び地方消費税課税業者は、消費税及び地方消費税に相当する額を (2) 欄に記入してください。
(2)　登録債権者は登録債権者番号を記入し、口座振替依頼欄を斜線で抹消してください。
(3)　未登録債権者は、口座振替依頼欄に記入してください。
(4)　※は神戸市で記入します。