

# 請求書

年 月 日

台東区長 様

住所

氏名

印

金 \_\_\_\_\_ 円

下記の者の台東区重症心身障害児（者）等在宅レスパイト・就労等支援事業の医師指示書作成料として、請求します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

利用に係る障害児（者）氏名 \_\_\_\_\_

利用者住所 \_\_\_\_\_

病院請求書事務担当者様 (部署名) \_\_\_\_\_ (お名前)

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_