様式第１５号（第１７条関係）

毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業請求書

年　　月　　日

毛呂山町長　あて

住　　所

請求者　事業者名

代 表 者

電話番号

毛呂山町高齢者等栄養改善配食事業実施要綱第１７条の規定により、次のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　年　　　月分

請求額　　　　　　　　　　　　　円

要介護者分　　　　　　　　　　　　　　：　　　　　　　食×２００円

　要支援者等分（総合事業の対象者を含む。）：　　　　　　　食×２００円

　合計（無断キャンセル分を除く。） 　　　：　　　　　　　食×２００円

請求額は、次の口座に振り込み願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | |
|
| 金融機関名  本・支店名 |  |
|
| 口座種別・番号 |  |
|
| （カナ） |  |
| 口座名義 |  |
|

　〈発行責任者及び担当者〉

　発行責任者　　　　　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　）

担　当　者　　　　　　　　　　（連絡先　　　　　　　　　　）