

日田市医療的ケア児等在宅レスパイト支援事業委託料請求書

日田市長 殿

請求金額	
------	--

令和		年		月分		
請求委託事業名					明細書件数	金 額
医療的ケア児等在宅レスパイト支援事業					件	円

上記の通り請求します。 令和 年 月 日

請求 事業者	住所 (所在地)	
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	担当者
	振込先 口座	銀行 支店
		預金種別
		番号
		名義