第　　　　　号

措置費請求書

一金　　　　　　　　　　円也

　但し　　平成　　年　　月分(　　月～　　月分差額)老人福祉法による老人保護措置費として上記の金額を請求します。

平成　　年　　月　　日

住所

施設名

施設長名　　　　　　　(印)

　　佐世保市福祉事務所長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求内訳 | | | | | | | | | |
| 費目の種類 | | 保護単価 | 初日入所者 | | 初日入院者 | | 精算過不足額 | 計 | 備考 |
| 事務費 | | 円 | 人 | 円 | 人 | 円 | 円 | 円 |  |
| 一般生活費 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 日用品費 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 冬期加算 | 入院 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一般 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 期末加算 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被服費加算 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

　下記口座へ振込願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 | 銀行　　　　本(支)店 | | | (注)　口座名義人並びに使用印鑑を変更(委任)する場合は文書で届け出て下さい。 |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | | |