第　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　　佐世保市福祉事務所長　様

住所

施設名

施設長名　　　　　　　(印)

措置費精算書

　さきに概算交付を受けた平成　　年　　月分措置費について、下記のとおり精算します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目の種類 | | 前月概算受入額  A | 精算額 | | | | | |  |
| 全日入所者 | | 全日入院者 | | 中途入退所・入退院者 | 計  B | 過不足額  A-B |
| 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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |

　(注)　過不足額がA＞Bの場合は、△でご記入下さい。

　　　　精算書の過不足額は、請求書(様式第11号)の精算過不足欄に転記して下さい。