様式第３号

認知症高齢者見守り等サービス費請求書

（　　年　　月分）

年　　月　　日

伊丹市長　様

事業所名

所 在 地

代表者名　　印

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（被保険者番号　　）の認知症高齢者見守り等サービス費について，下記のとおり請求します。

請求金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

ただし，内訳は別紙のとおり

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿

【利用者】

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			

【合計時間：　　時間】

《内訳》　※利用時間は規則に従い，0.5時間単位で記入してください。

日（曜日）	時　間	利用時間	ヘルパー氏名	本人署名または印
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		
（　）	：　～　：	時間		