

年 月 日

伊丹市福祉事務所長 様

事業所 (印)

下記のとおり 年 月分の短期入所サービス利用に係る食費及び滞在費を請求します。

対象者	被保険者 番 号		H 2 4 1										受給者 番 号					
	氏 名												生年月日		年 月 日 (歳)			
	利用期間		年 月 日～ 年 月 日 (日間)										計		日			
請求明細書	費 目			単価 (円)			日 数		金 額 (円)			備 考						
	食 費			円					円			1 日 1, 145 円の 範囲内						
	滞 在 費	ユニット型個室			円					円			1 日 2, 066 円の 範囲内					
		ユニット個室の多床室			円					円			1 日 1, 728 円の 範囲内					
		従来型個室(特養)			円					円			1 日 1, 231 円の 範囲内					
		従来型個室(老健・療養)			円					円			1 日 1, 728 円の 範囲内					
		多床室(特養)			円					円			1 日 915 円の 範囲内					
		多床室(老健・療養)			円					円			1 日 437 円の 範囲内					
	合 計								円									

登録債権者番号									
振込先	金融機関名							支店名	
	口座番号							預金種目	普通・当座・貯蓄・その他
	フリガナ								
	口座名義								