第９号様式（第１７条関係）

**医療的ケア児レスパイト事業請求書**

（　　　年　　　月分）

**請求金額　　　　　　　　　　　円**

請求内容　長崎市医療的ケア児レスパイト事業のサービス提供に係る費用として

（内訳）別添の「サービス提供実績報告書（　　年　　月分）のとおり請求します。

　　　　年　　　月　　　日

（あて先）長崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 金融機関名  （支店名） |  | |
| ・普通  ・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義 | カナ | |
|  | |