（用紙規格ＪＩＳ　Ａ４）

様式第６号

（第２６条関係）

平成２９年度リハビリ専門職によるアセスメント支援事業委託料請求書

　　年　　月　　日

松　戸　市　長　様

住　　所

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

標記の件について、　　月分における下記の金額を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 　 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名　称 | 数量 | 単位呼称 | 単価 | 金　　額 |
| リハビリ専門職によるアセスメント支援 | 　 | 件 | 5,000 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 消費税額 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 合　　　計 | 　 | 　 | 　 | 円 |