

介護保険住宅改修支援事業手数料請求書

(年 月分)

請求金額	円
------	---

事業所名称			
代表者	印		
所在地		電話番号	()

フリガナ		保険者番号	192013
被保険者氏名		被保険者番号	

(あて先) 甲府市長 年 月 日

住宅改修支援事業に係る手数料については、次のとおり振込みをして下さい。

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号
金融機関コード	店舗コード	1. 普通 2. 当座	

口座名義人	所在地	
	フリガナ	
	名称	

住宅改修支援事業手数料 決定 年 月 日

受付	支給決定額	福祉部 長寿介護課		
	円	担当者	係長	課長