

交野市障がい者等通学移動支援事業費 請求書

(請求先) 交野市福祉事務所長 様

請求金額	十億			百万			千			円

内 訳	令和		年		月分		
	請求給付費名					明細書件数	金額
	通学移動支援事業					件	円
	合計						円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	1	4		
請求事業者	住所 (所在地)	〒 -								
	電話番号									
	名称									
	職・氏名	印								