

第 1 3 号様式（第 1 5 条関係）

多摩市障がい者自立生活サポーター支援制度請求書

多摩市長 殿

請求金額				千			円
------	--	--	--	---	--	--	---

多摩市障がい者自立生活サポーター支援制度サポート活動費用（ 年 月分）として請求します。

年 月 日

内訳	単価	時間数計	請求額
	1,300 円	時間	円

※ 30 分の時間数があるときは、「0.5 時間」と記載してください。

請求者 住 所

サポーター氏名

印

上記に関する請求額を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通			2 当座		3 その他		
			口 座 番 号								
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
口座名義人											