請　求　書

浜松市障がい者基幹相談支援センター 御中

請求日　　令和　　年　　月　　日（　　）

件名：　移動支援従事者養成研修　実習費（実費）

氏名（受講者名）：　　印

住所：

電話番号：

実習事業所名：　　印

No.	摘要	数量	単価	金額
		小計		
		消費税		
		合計		

注）請求書提出にあたっては、領収書の発行が可能なものについては必ず添付してください。

お振込先（振込希望者）

金融機関名								本・支店名		本店 支店	
種別 （種別に〇）	普通　・　当座										
講座番号											
カタカナ											
講座名義											

必要事項を記入し、令和２年１２月４日（金）までに浜松市障がい者基幹相談支援センター（〒432-8023　浜松市中区鴨江3-1-10）まで郵送ください。

請　求　書(記載例)

浜松市障がい者基幹相談支援センター 御中

①実習日を記載

請求日　令和　　年　　月　　日（　　）

件名：　移動支援従事者養成研修　実習費（実費）

②受講生が記載

氏名（受講者名）：　　印
住所：
電話番号：

④実習事業所が記載
（請求内容に誤りがないか確認）

実習事業所名：　　印

③受講生が記載

No.	摘要	数量	単価	金額
	バス代（〇〇駅⇔〇〇駅）	1	560円	560円
	〇〇動物園入園料	1	880円	880円
		小計		1440円
		消費税		
		合計		**1440円**

注）請求書提出にあたっては、領収書の発行が可能なものについては必ず添付してください。

お振込先（振込希望者）

⑤受講生が記載
※振込を希望しない者は基幹相談へ受け取りに来る

金融機関名										本店 支店
種別 （種別に〇）	普通　・　当座									
講座番号										
カタカナ										
講座名義										

必要事項を記入し、令和２年１２月４日（金）までに浜松市障がい者基幹相談支援センター
（〒432-8023　浜松市中区鴨江3-1-10）まで郵送ください。