

様式第7号（第12条関係）

家族介護用品給付事業請求書

年 月 日

東三河広域連合長 様

日付の年月日は空欄にしてください。

所在地 ○○市○○町○丁目○○

「債権者登録申請書」で申請者（請求者）として登録されている方をご記入ください。

(請求者) 事業者名 株式会社 広域薬品

代表者の職 代表取締役 広域 次郎
及び氏名

東三河広域連合家族介護用品給付事業実施要綱第12条の規定に基づき、次のとおり請求します。

取扱事業所	フリガナ	コウイキヤッキョク
	事業所名	広域薬局
	所在地	〒●●●-▲▲▲▲ ○○市○○町○丁目○○ 電話番号 (0000-00-0000)
	管理者の職 及び氏名	代表取締役 広域 次郎

請求金額		50,000 円								
内訳	請求内容	単価	枚数	金額						
	家族介護用品 給付券	1,000 円券	23 枚	¥	2	3	0	0	0	円
		500 円券	50 枚	¥	2	5	0	0	0	円
		100 円券	20 枚	¥	2	0	0	0	0	円

【添付書類】 家族介護用品給付券貼付用台紙（様式第6号）