

家族介護用品給付券貼付用台紙

登録事業所名 **広域薬局** **1,000**円券× **20**枚 = **20,000**円

<p>「家族介護用品取扱事業所登録」で登録した事業所名をご記入ください。</p>					<p>額面ごとに台紙を使い分けてください。</p>				
17	13	9	5	1					
<p>給付券の裏面（日付・事業所名）を確認できるように貼り付けてください。</p> <p>引換した日付は混在していても差し支えありません。</p>									
18	14	10	6	2					
19	15	11	7	3					
20	16	12	8	4					

※ 台紙は、給付券の券面金額ごとにまとめてください。  
 ※ 給付券の裏面に日付・事業所名をご記入（押印）してください。

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。

「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。印も登録されたものと同じ印をご使用ください。

所在地〇〇市〇〇町〇丁目〇〇

(申請者)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条に基づき、次のとおり請求します。

登録事業所	フリガナ	コウイキヤッコク
	事業所名	<b>広域薬局</b>
	所在地	〒 <b>000-0000</b> 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇 電話番号 ( <b>0000-00-0000</b> )
	管理者の職及び氏名	<b>代表取締役 広域 次郎</b>

請求金額		<b>50,000</b> 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	<b>23</b> 枚	¥	<b>23,000</b>	円			
		500円券	<b>50</b> 枚	¥	<b>25,000</b>	円			
100円券		<b>20</b> 枚	¥	<b>2,000</b>	円				

【添付書類】 家族介護用品給付券貼付用台紙（様式第6号）