

# 地域生活支援事業 請求書

あて先(請求先)  
松本市長

請求金額の頭に"¥マーク"を記入してください。

請求金額		百万		千		円	
	¥		3	7	4	7	9

※請求はサービス提供の翌月10日までに  
提出してください。

令和	8	年	4	月分			
請求費名					明細書件数	金額	
内 訳	訪問入浴サービス					1	37,479
	合計						37,479

上記のとおり請求します。

請求日(提出日またはポ  
スト投函日)を記入して  
ください。

令和 8 年 5 月 1 日

該当するものに○  
をつけてください。  
口座名義人に、代  
表者名の記入は  
不要です。

事業所番号		2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
請求 事業者	住所 (所在地)	〒390-0800 松本市丸ノ内○丁目○番地									
	電話番号	0263-00-0000									
	名称	松塩地区障がい者サポート施設									
	職・氏名	代表 長野 県太郎									

金融機関名	○○	銀行・金庫 農協・信組	○○	本店・支店 支所・出張所
種別	普通当座	口座番号	1234567	
口座名義人	松塩地区障がい者サポート施設			

# 地域生活支援事業明細書

(訪問入浴)

※明細書と実績記録票は  
受給者番号順にしてください。

令和	8	年	4	月分
----	---	---	---	----

受給者 証番号	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8
支給決定障害者等氏名(児童氏名)										
松本 市郎										

事業所番号	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
事業者及びその 事業所の名称	松塩地区障がい者サポート施設									

	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
	訪問入浴	12,925	2	25,850	
	清拭・部分浴	11,629	1	11,629	
	提供単位ごとに記入してください。				
	当月費用の額合計			37,479	

費用の額計算欄

令和 8年 4月分

### 訪問入浴サービス提供実績記録票

受給者証を確認し、記入してください。

受給者証番号	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	支給期間	～	令和8年4月30日	事業所番号	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
支給決定障害者等氏名(児童氏名)											事業者及びその事業所													
松本 市郎											松塩地区障がい者サポート施設													
支給量											5日/月													

日付	曜日	訪問入浴			清拭・部分浴			サービス提供者印	利用者確認印
		開始時間	終了時間	算定日数	開始時間	終了時間	算定日数		
1	水	15:00	16:30	1	:	:		長野	松本
8	水	15:30	16:30	1	:	:		長野	松本
15	水	:	:		16:00	17:00	1	長野	松本
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
		:	:		:	:			
合計				2			1		

清拭・部分浴の場合、こちらに記入してください。

サービス提供者印と利用者確認印をサービス利用日ごとに押印してください。(サインでも可)

算定日数の合計を記入してください。