

年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

請求者の住所
〔法人にあっては
主たる事務所の所在地〕
請求者氏名
〔法人にあっては
法人名及び代表者名〕

委託料請求書

障がい者就労支援事業に係る委託料として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円也

内訳

利用者氏名	協力事業所名	支援期間	支援時間 (単価)	支援日数 [日]	委託料請求 額 [円]
		月 日	4 時間未満 (1,000円)		
		～ 月 日	4 時間以上 (2,000円)		
		月 日	4 時間未満 (1,000円)		
		～ 月 日	4 時間以上 (2,000円)		
		月 日	4 時間未満 (1,000円)		
		～ 月 日	4 時間以上 (2,000円)		

※ 4 時間ちょうどの場合は、「4 時間以上」になります。
※ 委託料は利用者に対する作業工賃ではありません。