

# 日野市ひとり暮らし高齢者等安心サポート事業サービス利用料請求明細書

サービス提供月	年	月
---------	---	---

事業所番号		
事業所名称		
電話番号		担当者

※1) 利用者負担の有の場合は2,250円、無の場合は2,500円

No.	被保険者番号	氏名	派遣 時間数	利用者負担の有無	単価 ※1	日野市支給額	備考
1				有・無			
2				有・無			
3				有・無			
4				有・無			
5				有・無			
6				有・無			
7				有・無			
8				有・無			
9				有・無			
10				有・無			
11				有・無			
12				有・無			
13				有・無			
14				有・無			
15				有・無			
16				有・無			
17				有・無			
18				有・無			
19				有・無			
20				有・無			
合計 (内訳)		2,250円 × ( )時間 = ( )					/
		2,500円 × ( )時間 = ( )					