（別紙１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（コミプラ職員用）

請　求　書

○○市町村長等　　様

　貴市町村等から依頼のありました、　　年　　月分の手話通訳者の派遣について、次のとおり派遣費用を請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通 訳 者（当館職員） | 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |
| 派遣日時 | （　別紙のとおり　） |
| 派遣場所 | （　別紙のとおり　） |
| 請求金額 | （１）派遣手当等　　　　　　　　　　　円内訳（　別紙のとおり　） | （２）事務費　　　　　　　　　　　　円 |
| 合計　　　　　　　　　　　　円　　　　　　（コミプラへ） |

　　年　　月　　日

請求者

（指定管理者）　　　　　　　　　 住所　前橋市新前橋町１３－１２

名称　群馬県聴覚障害者ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝﾌﾟﾗｻﾞ

　　　館長　　　　　　　　　　　　　　印

金融機関口座