

高齢者健康増進助成券利用実績報告書(兼請求内訳書)

年 月 分

(あて先)恵庭市介護福祉課長

課長	主査	担当	合議

施設・事業者名	
電話番号	

利用日	助成券利用人数	助成券利用枚数	利用金額(枚数×200円)	備考
1日	人	枚	円	
2日	人	枚	円	
3日	人	枚	円	
4日	人	枚	円	
5日	人	枚	円	
6日	人	枚	円	
7日	人	枚	円	
8日	人	枚	円	
9日	人	枚	円	
10日	人	枚	円	
11日	人	枚	円	
12日	人	枚	円	
13日	人	枚	円	
14日	人	枚	円	
15日	人	枚	円	
16日	人	枚	円	
17日	人	枚	円	
18日	人	枚	円	
19日	人	枚	円	
20日	人	枚	円	
21日	人	枚	円	
22日	人	枚	円	
23日	人	枚	円	
24日	人	枚	円	
25日	人	枚	円	
26日	人	枚	円	
27日	人	枚	円	
28日	人	枚	円	
29日	人	枚	円	
30日	人	枚	円	
31日	人	枚	円	
合計	人	枚	円	

(請求額)