（受付番号：　　　　）

（様式５－①）

**見積書**

　年　　月　　日

豊中市長 宛

所在地：

事業者名：

代表者職・氏名： 印

**障害福祉サービス事業所サポート事業**

下記のとおりお見積り申しあげます。なお、内訳は別紙のとおりです。

記

見積金額 金　　　　　　　　　　　　円（税込）

金　　　　　　　　　　　　円（税抜）

以上