

(様式第一)

## 障害児通所給付費・入所給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

殿

|       |             |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求事業者 | 指定事業所番号     | : | : | : | : | : | : | : | : |
|       | 住所<br>(所在地) | 〒 |   |   |   |   |   |   |   |
|       | 電話番号        |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       | 名称          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|       | 職・氏名        |   |   |   |   |   |   |   |   |

下記のとおり請求します。

|    |  |  |   |  |  |    |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 平成 |  |  | 年 |  |  | 月分 |
|----|--|--|---|--|--|----|

|      |  |  |    |  |  |   |  |  |   |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分                   |  | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 給付費<br>請求額 | 利用者<br>負担額 | 自治体<br>助成額 |
|-----------------------|--|----|-----|------|------------|------------|------------|
| 通<br>所<br>給<br>付<br>費 |  |    |     |      |            |            |            |
|                       |  |    |     |      |            |            |            |
|                       |  |    |     |      |            |            |            |
| 入<br>所<br>給<br>付<br>費 |  |    |     |      |            |            |            |
|                       |  |    |     |      |            |            |            |
| 小 計                   |  |    |     |      |            |            |            |
| 特定入所障害児食費等給付費         |  |    |     |      |            |            |            |
| 合 計                   |  |    |     |      |            |            |            |