

### 障害児相談支援給付費 請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

殿

下記のとおり請求します。

請求事業者	指定事業所番号													
	住所 (所在地)													
	電話番号													
	名称													
	職・氏名													

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

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

区分	件数	地域区分							
障害児相談支援		単位数単価							円/単位

項番	給付決定保護者										請求額計算欄					
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ			サービスコード	単位数	請求額
	モニタリング日	平成			年			月			氏名					円
	小計															円