

障害児相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点

- ・【サービスコード】欄を削除
- ・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

指定事業所番号	
事業所 (所在地)	
事業者 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		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名			円
	小計											円

障害児支援利用援助の場合は計画作成日、
継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日
を記載する。