

(様式第九)

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書(案)

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

請求事業者	登録事業所番号	
	住所 (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 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成分
特例介護給付費							
特例訓練等給付費							
小計							
高額障害福祉サービス費							
小計							
合計							

(様式第九)

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書(案)

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・【処遇改善助成金】欄を削除。

殿

請求事業者	登録事業所番号	
	住所 (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 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成分
特例介護給付費							
特例訓練等給付費							
小計							
高額障害福祉サービス費							
小計							
合計							

「処遇改善助成金」欄を削除