

特例障害児相談支援給付費 請求書(案)

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	登録事業所番号												
	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			日	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			日	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			日	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			日	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			日	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			日	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			日	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			日	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			日	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			日	氏名												円
																	小計							円