

障害児通所給付費・入所給付費等請求書

令和 年 月 日

(請求先)

殿

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	

下記のとおり請求します。

令和			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 助成額
通所給付費 障害児							
入所給付費 障害児							
小計							
特定入所障害児食費等給付費		/			/	/	
合計							