

障害児相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

(請求先)

下記のとおり請求します。

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																

令和			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	令和		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	令和		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	令和		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	令和		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	令和		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	令和		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	令和		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	令和		年		月		日		氏名				円	
											小計			円	

	枚中		枚目
--	----	--	----