様式第一(附則第三条第一項関係)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

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
介護給付費								
訓練等給付費								
地域相談支援給付費								
小　　計								
特定障害者特別給付費								
合　　計								