障害児相談支援給付費　請求書

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		
	指定事業所番号	
	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

保険	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
	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

		枚中			枚目