様式第一(附則第三条第一項関係)

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								