様式第三(附則第三条第三項関係)

障害児相談支援給付費請求書

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	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
	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