

(様式第三)

障害児相談支援給付費請求書

令和 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									

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				

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
															小計						円		

枚中 枚目