

# 障害児相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

( 請 求 先 )

■旧様式からの変更点  
 ・様式変更なし

下記のとおり請求します。

指定事業所番号	
事業所 (所在地)	
事業者 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	
										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	
												小計				円

障害児支援利用援助の場合は計画作成日、  
 継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日  
 を記載する。