（様式第三）

障害児相談支援給付費　請求書

平成　　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。

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

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		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