

(様式第四)

特例障害児通所給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

| | | | | | | | | | |
|-------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求事業者 | 登録事業所番号 | : | : | : | : | : | : | : | : |
| | 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 | 単位数 | 費用合計 | 給付費 請求額 | 利用者 負担額 | 自治体 助成額 |
|--|----|-----|------|------------|------------|------------|
| 特例 障害 児 通 所 給 付 費 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | |
| 高 額 障 害 児 通 所 給 付 費 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | |