様式第一（附則第三条第一項関係）

様式第一から様式第四までを次のように改める。

介護給付費・訓練等給付費等請求書

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	単位数	費用合計	給付費請求額	特別対策費請求額	利用者負担額	自治体助成額
介護給付費								
訓練等給付費								
地域相談支援給付費								
小計								
特定障害者特別給付費								
合計								