様式第三（附則第三条第三項関係）

障害児相談支援給付費　請求書

平成　　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	

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
	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

様式第二の次に次の様式を加える。