

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費・地域生活支援事業等請求書

年 月 日

(請 求 先)

国 立 市 長 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。

令和		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	移動支援				/		
					/		
					/		
					/		
訓練 等 給付費					/		
					/		
					/		
					/		
小 計					/		
特定障害者特別給付費	/	/	/	/	/	/	
合 計					/		

下記の口座に振り込んでください。

銀行名	支店名	口座番号	口座名義
		普通・当座	