

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

下記のとおり請求します。

	指定事業所番号												
請求事業者	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	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							
支援地域給付費 相談費							
小計							
特定障害者特別給付費							
合計							