

堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援費請求書

堺市長殿

請求金額	十億			百万			千			円
------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

内 訳			年			月分			
	請求給付費名						明細書件数	金額	
	入院時コミュニケーション支援費								
	合 計								

上記のとおり請求します。

年 月 日

事業所番号									
請求事業者	住 所 (所在地)	〒							
	電話番号								
	名 称								
	職・氏名								