

# 堺市重症心身障害児・重症心身障害者特別介護加算費請求書

年 月 日

堺市長 殿

所在地

法人名

代表者職・氏名

㊞

堺市重症心身障害児・重症心身障害者特別介護加算費支給要綱第6条第1項の規定により、令和 年 月分から令和 年 月分の重症心身障害児・重症心身障害者特別介護加算費を次のとおり請求します。

金額									円