

<児童通所無償化>

浦安市障害児通所給付費請求書（浦安市助成分）

令和 年 月 日

浦安市長 殿

請求業者	指定事業所番号												
	住所												
	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	金額
区分 37,200		
区分 4,600		
合計		

<児童通所無償化>

浦安市障害児通所給付費明細書（浦安市助成分）

請求業者	指定事業所番号													
	名称													

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

対象者氏名	国区分 負担上限額	①本来の利用者負担額	②市助成額 (①=②)
合計			