**介護給付費請求書**

（障害者総合支援法による日常生活用具給付費）

（請求先）江戸川区長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **請求金額** | **十** | **億** | **千** | **百** | **十** | **万** | **千** | **百** | **十** | **円** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **内　　　訳** | **対象者氏名** | **種類品名** | **期間** | **請求金額** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　　　　　計 | | |  |

上記の金額を請求します。　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求事業者 | 住所  （所在地） |  |
| 電話番号 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 | 印 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 債権者コード |  |  |  |  |  |  |

**介護給付費請求書**

（障害者総合支援法による日常生活用具給付費）

（請求先）江戸川区長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **請求金額** | **十** | **億** | **千** | **百** | **十**  **￥** | **万**  **６** | **千**  **１** | **百**  **９** | **十**  **２** | **円**  **０** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **内　　　訳** | **対象者氏名** | **種類品名** | **期間** | **請求金額** |
| ○○　○○様 | ストーマ装具 | ○月～○月 | 15,480円 |
| ○○　○○様 | ストーマ装具 | ○月～○月 | 15,480円 |
| ○○　○○様 | ストーマ装具 | ○月～○月 | 15,480円 |
| ○○　○○様 | ストーマ装具 | ○月～○月 | 15,480円 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　　　　　計 | | | 61,920円 |

記載しないで

上記の金額を請求します。　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求事業者 | 住所  （所在地） | 江戸川区中央○－○－○ |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ |
| 事業者名 | (株)ＥＤＯＧＡＷＡ |
| 代表者名 | 代表取締役  　　　　　　小岩　一郎　　　　　印 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 債権者コード |  |  |  |  |  |  |