

生活支援給付費請求書

年 月 日

(宛先) 新 潟 市 長

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

下記のとおり請求します。

			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	利用者 負担額	自治体 助成額
合 計						

(移動支援、日中一時支援)

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

請求事業者	事業所番号								
	事業者及び その事業所 の名称								

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----