

(様式第七)

療養介護医療費請求書

年 月 日

(請 求 先)

新潟市長

請求事業者	指定事業所番号	
	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。

受給者証番号													
支給決定障がい者氏名													

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

請求金額(C)	百万	千	円
区分	食事の標準負担額 (A)	利用者負担額 (B)	市町村請求額 (C) = (A) - (B)