

都加算請求書
(共同生活援助)

捨印

令和 年 月 日

(請求先)

千代田区長 殿

下記のとおり請求します。

請求事業者	指定事業所番号	
	住所 (所在地)	〒
	名称	
	代表者 職・氏名	印

事業所	指定事業所番号	
	事業所 名称	
	類型	
	地域区分	
	人員配置区分	6対1
	精神科医療連携体制加算	
	人員配置体制加算	

サービス提供月	令和			年			月分
---------	----	--	--	---	--	--	----

明細書件数	
-------	--

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

振込 口座	金融機関		支店名	
	預金種別		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

請求担当者	氏名	
	連絡先	