

請 求 書

(宛先) 奈良市長

住所

氏名

印

電話

ただし、障害福祉サービス医師意見書作成料 月分

金額	円
----	---

明 細(件数)	数量	金額(円)
在宅 ・ 新規 (件)	一式	
在宅 ・ 継続 (件)	一式	
施設 ・ 新規 (件)	一式	
施設 ・ 継続 (件)	一式	
計		