

# 請 求 書

(宛先) 奈良市長

住所

氏名

⑩

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		