

(別紙43)

全児童対象

里親委託児童通院費請求書

金額 _____ 円

児童氏名			
医療機関・障害児通所支援名			
医療機関・障害児通所支援住所			
種別 (該当するものに○をして下さい。)	医療機関・児童発達支援・医療型児童発達支援 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援		
	※上記支援を利用する理由をお書き下さい。 (里親委託児童通院費の対象となる児童は、障害や重篤な虐待による定期的な通院が必要な児童になります。)		
請求金額	項目	金額	備考
	公共交通機関利用		
	自家用車利用		
	支出額計②		

上記のとおり請求します。

年 月 日

(宛先)港区長

住所
里親名
電話

※ 里親委託児童通院費内訳(別紙44)を必ず添付してください。

※ レセプト等、医療機関又は障害児通所支援を利用したことが分かる書類を必ず添付してください。