様式第３号（第９条関係）

八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）請求書

（あて先）八頭町長　様

住　　所

　　　　　　　　　　　　　請求者　事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　 代表者　　　　職　　　　氏　　名 | 印 |

八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）実施要綱第９条第２項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

１　請求額　　　　円

２　医療機器購入実績

(１)　事業所名、住所等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| サービス種別 | 児童発達支援センター　児童発達支援（指定・基準該当）放課後等デイサービス（指定・基準該当）　生活介護（指定・基準該当）　指定就労継続支援Ｂ型事業所　日中一時支援事業所 |

(２)　新たに購入した医療機器について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機器の名称 | 単価 | 購入台数 | 購入医療機器の金額 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 合計 | 円 |

備考

１　請求は事業所ごとに行うこと

２　新たに購入した医療機器の支払いがわかる納品書、請求書及び領収書の写しを添付すること

３　購入医療機器と購入医療機器使用時の写真を添付すること

４　感覚統合遊具の購入の場合は、専門性を有する職員が配置されていることを証明できる書類の写しを添付すること