

受給者証 番 号												支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)																事業所番号																		
契約支給量													事業者及び その事業所																																	

[illegible]

		計画 時間数計	内訳(適用単価別)			算定 時間数計	
			100%	90%	70%		
合計	身体介護を伴う場合						
	身体介護を伴わない場合						

	枚中		枚
--	----	--	---