

特例障害児通所給付費等明細書(案)

市町村番号						
助成自治体番号						

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号										
通所給付決定保護者氏名										
通所給付決定に係る障害児氏名										

請求事業者	登録事業所番号								
	事業者及び その事業所 の名称								

利用者負担上限月額 ①					
-------------	--	--	--	--	--

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号									管理結果		管理結果額				
	事業所名称															

サービス 種別			開始年月日	平成			年			月			日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数				
			開始年月日	平成			年			月			日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数				

[illegible][illegible]

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

