(一)

|  |
| --- |
| 障害児通所給付費の給付決定内容 |
| 支援の種類 |  |
| 支給量等 |  |
| 給付決定期間 | 　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 支援の種類 |  |
| 支給量等 |  |
| 給付決定期間 | 　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 予備欄 |

(二)

(三)

|  |
| --- |
| 障害児通所給付費の給付決定内容 |
| 支援の種類 |  |
| 支給量等 |  |
| 給付決定期間 | 　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 支援の種類 |  |
| 支給量等 |  |
| 給付決定期間 | 　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 予備欄 |

|  |
| --- |
| 通所受給者証 |
| 受給者証番号 |  |
| 通所給付決定保護者 | 居住地 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 児　童 | フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 交付年月日 |  |
| 支給市町村名 及び印 | 〒963-3492福島県田村郡小野町大字 小野新町字舘廻９２小野町長（075226） 電話 0247-72-6934 |

(四)

|  |
| --- |
| 利用者負担に関する事項 |
| 負担上限 月額 |  |
| 適用期間 |  年 月 日から　　　年 月 日まで |
| 食事提供体制加算対象者 |  |
| 適用期間 | 　年　月　日から　　　年　月　日まで |
| 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 |  |
| 利用者負担上限額管理事業所名 |
| 特記事項欄 |
| 予備欄 |

(五)

|  |
| --- |
| 障害児相談支援給付費の支給内容 |
| 支給期間 |  年 月から　　 年 月まで |
| 指定相談支援事業所名 |
| モニタリング期間 |
| 予備欄 |