(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 | |