様式第15号（第12条関係）

移動支援・日中一時支援利用者負担額一覧表

年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （提供先）  　　　　　　　　　　　　　　　　様 | | | | | | | | 事業者 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所  （所在地） |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 次のとおり提供します | | | | | | |  | 事業所の  名　　称 |  | | | | | | | | | |
|  |  |  | 年 |  |  | 月分 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成決定障害者等欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動支援受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  | 総費用額 |  |  |  |  |  |  |
| 日中一時支援  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |
| 移動支援受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  | 総費用額 |  |  |  |  |  |  |
| 日中一時支援  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |
| 移動支援受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  | 総費用額 |  |  |  |  |  |  |
| 日中一時支援  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |
| 移動支援受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  | 総費用額 |  |  |  |  |  |  |
| 日中一時支援  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |
| 移動支援受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名 |  | 総費用額 |  |  |  |  |  |  |
| 日中一時支援  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |