

(様式第四)

### 障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号

令和 年 月分

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付決定保護者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 指定事業所番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 事業者及びその事業所の名称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 地域区分          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        | サービス内容 |  | サービスコード |  |  |  | 単位数 |  |  |  | 回数 |  |  |  | サービス単位数 |  |  |  | 摘要 |  |  |  |
|--------|--------|--|---------|--|--|--|-----|--|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|--|
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
| 給付費明細欄 |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |
|        |        |  |         |  |  |  |     |  |  |  |    |  |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |

枚中 枚目