

(様式第五)

地域相談支援給付費明細書

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

市町村番号						
-------	--	--	--	--	--	--

受給者証番号													
支給決定障害者氏名													

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									

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
--	--	----	--	--	----