


大阪狭山市地域生活支援給付費明細書

支給決定障害者等 氏名	障がい者の氏名 (障がい児は保護者の氏名)	○ ○ 年 ○ ○ 月分
支給決定に係る 障害児氏名	障がい児の氏名(18歳未満)	事業者又は 事業所の名称 ○○○○○○○○○ ㊞

費用の 額計 算欄	サービス内容	算定単位額	算定 回数	当月算定額	摘要
	移動支援 (○○)	1000 円	○○H	○○○○○円	
		2000 円	○○H	○○○○○円	
	(身体・知的・精神・難病・児童)				
	<u>障がい種別も記入して下さい。</u>				
	当月費用の額合計				①○○○○○円

利用者負担額等 計算欄	利用者負担額等の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額	○○○○円	
	当月利用者負担額等合計	②○○○○○円	

請求額 ①-②	○○○○○円
---------	--------

	枚中		枚
--	----	--	---