利用者負担額一覧表

年　　月　　日

（ 提 供 先 ）

様

事業者		
	指定事業所番号	
	住 所 （所在地）	
	電話番号	
	名 称	

下記のとおり提供します。

			年			月分

項番	支給決定障害者等欄																				
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					
	市町村番号											総費用額							提供サービス			
	受給者証番号											利用者負担額										
	氏名																					