（様式第五）

特例障害児通所給付費等明細書

市町村番号						
助成自治体番号						

平成			年			月分

受給者証番号										
通所給付決定保護者氏名										
通所給付決定に係る障害児氏名										

請求事業者	登録事業所番号										
	事業者及びその事業所の名称										
		地域区分									

利用者負担上限月額 ①					

利用者負担上限額管理事業所	指定事業所番号											管理結果		管理結果額					
	事業所名称																		

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					

給付費明細欄	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

| 請求額集計欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |