

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求明細書

		年		月分
--	--	---	--	----

利用者番号	
支給決定者氏名	
支給決定に係る障害児氏名	

事業所番号	
事業者及びその事業所の名称	

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位数	提供時間数	当月算定額	
	当月費用の合計額				①

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
	利用者負担額	
	当月利用者負担額等合計	②

当月重度障害者入院時コミュニケーション支援事業請求額①－②	円
-------------------------------	---