新高額障害福祉サービス等利用者負担額領収証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 保護者氏名 |  |
|  |
| 利用サービス名補装具名提供年月 |  |  |  |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |
| 年　　　月 | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） | 円（※食費などは除く） |

　上記のとおり、介護保険サービス等を提供し、費用を受領したことを証明します。

年　　月　　日

事業所名