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