|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 様式第8号(第5条の2関係) |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （一）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **通所受給者証** | | | | 受給者証番号 | |  | | 通所給付決定保護者 | 居住地 |  | | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 氏名 |  | | 生年月日 | 年 月 日 | | 児童 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 氏名 |  | | 生年月日 |  | | 交付年月日 | | 年 月 日 | | 支給市町村名  及び印 | | 丸亀市  香川県丸亀市大手町二丁目４番21号  丸亀市　　課　電話 | |  |  | （二）   |  |  | | --- | --- | | 障害児通所給付費の給付決定内容 | | | 支援の種類 |  | | 支給量等 |  | | 給付決定期間 | 年 月 日から  年 月 日まで | | 支援の種類 |  | | 支給量等 |  | | 給付決定期間 | 年 月 日から  年 月 日まで | | 予備欄 | | |  |  | （三）   |  |  | | --- | --- | | 障害児通所給付費の給付決定内容 | | | 支援の種類 |  | | 支給量等 |  | | 給付決定期間 | 年 月 日から  年 月 日まで | | 支援の種類 |  | | 支給量等 |  | | 給付決定期間 | 年 月 日から  年 月 日まで | | 予備欄 | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （四）   |  |  | | --- | --- | | 障害児相談支援給付費の支給内容 | | | 支給期間 | 年 月から  年 月まで | | 指定相談支援事業所名 | | | モニタリング期間 | | |  | | |  | | | 予備欄 | | |  |  | （五）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 利用者負担に関する事項 | | | | | 負担上限月額 | 円 | | | | 適用期間 | 年 月 日から  年 月 日まで | | | | 食事提供体制加算対象者 | |  | | | 適用期間 | 年 月 日から  年 月 日まで | | | | 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 | | |  | | 利用者負担上限額管理事業所名 | | | | | 特記事項欄 | | | | | 予備欄 | | | | |  |  | 予備欄 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |