|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |