

| 通所支援受給者証  |  |
|-----------|--|
| 受給者証番号    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0                    |
| 住所        | 札幌市豊平区旭町1丁目2番地3号                       |
| 居住地       | メゾンド・ズウィーコ23号                          |
| フリガナ      | サッポロ タロウ                               |
| 氏名        | 札幌 太郎                                  |
| 生年月日      | 昭和42年12月31日                            |
| 性別        | 男                                      |
| フリガナ      | サッポロ ハナコ                               |
| 氏名        | 札幌 花子                                  |
| 生年月日      | 平成27年4月1日                              |
| 性別        | 女                                      |
| 交付年月日     | 平成31年4月1日                              |
| 特記事項      |  |
| 支給市町村名及び印 | 札幌市中央区<br>南3条西11丁目<br>札幌市中央区<br>011015 |

| 通所給付決定の内容 |   |
|-----------|---|
| 種類及び内容    | 児童発達支援<br>14日/月当り   |
| 給付決定期間    | 平成31年4月1日から平成32年3月31日まで   |
| 特記事項      | 生年月日で、無償化の対象かどうかを判断<br>※令和元年度は、H25.4.2~H28.4.1が対象                         |
| 種類及び内容    |   |
| 給付決定期間    |   |
| 特記事項      | 注1：重症心身障害児<br>注2：人工内耳装用児<br>注3：特別地域加算対象者<br>注4：指標該当児<br>注5：強度行動障害児支援加算対象者 |

| 相談支援給付費の支給内容       |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| 決定有効期間             |                                 |
| モニタリング期間           |                                 |
| 相談支援事業所名           | 特記事項欄に、無償化対象児童であることが記載されます      |
| 決定有効期間             |                                 |
| モニタリング期間           |                                 |
| 相談支援事業所名           | 負担額の改定がある場合は、どちらにも記載されます        |
| 利用者負担に関する事項        |                                 |
| 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               | 上記の特記事項欄に、スペースがない場合は、こちらに記載されます |

| 利用者負担上限月額に関する事項 |   |
|-----------------|---|
| 利用者負担上限月額       | 4,600円  |
| 食事提供加算対象者       | 該当  |
| 適用年月日           | 令和元年10月1日から   |
| 特記事項            | 1割負担 無償化対象児童  |
| 負担額改定欄          | 令和元年12月1日から<br>利用者負担上限月額 0円<br>食事提供加算対象者 該当<br>特記事項 無償化対象児童 |
| 特記事項            | 令和元年10月1日から 無償化対象児童   |

| 通所支援事業者等記入欄             |       |
|-------------------------|-------|
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |

| 通所支援事業者等記入欄             |       |
|-------------------------|-------|
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |

| 通所支援事業者等記入欄             |       |
|-------------------------|-------|
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |

| 通所支援事業者等記入欄             |       |
|-------------------------|-------|
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 事業者及びその事業所の名称           |       |
| 契約期間始期                  | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 契約支給量(〇月)               | 日     |
| 事業者確認印                  |       |
| 当該契約支給量によるサービス提供終了日     | 年 月 日 |
| サービス内容                  |       |
| 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | 日     |
| 事業者確認印                  |       |