

様

↑

利用者、保護者等氏名

障害福祉サービス事業者  
代表者名

介護給付費の受領のお知らせ  
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、 区市から下記のとおり  
利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。  
このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは 区市にお問い合わせ  
下さい。

記

サービス提供年月		令和 年 月	
		※又は、令和 年 月 日～令和 年 月 日	
サービス内容		短期入所事業	
受 領 日		令和 年 月 日	
代理受領金額 (A)－(B)＋(C)		金	円
代理受領額の 内訳	サービスに要した費用の全体の額 ※ (A)	金	円
	利用者負担額 (B)	金	円
	特定障害者特別給付費 (C)	金	円

※ 別紙（明細書）を添付するか、計算過程を記載してください。