第40号様式の３(第13条関係)

利用者負担額一覧表

年　　　月　　　日

(提供先)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様　　　　　下記のとおり提供します。 | 事業者 | 指定事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住所(所在地) | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 年 | 　 | 　 | 月分 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 項番 | 支給決定障害者等欄 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 市町村番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 提供サービス | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 利用者負担額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |