

障がい児通所給付費領収証明書

受給者番号			
支給決定児童	氏名		
	生年月日	年	月 日

利用年月	サービス種別	利用者負担額(円)	領収年月日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日
年 月			年 月 日

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

所長名

印

担当者名

連絡先