

日中一時支援費明細書

障害種別	基本・重心遷延性			年		月分
------	----------	--	--	---	--	----

支給決定障害者等氏名		事業所名称	
支給決定に係る児童氏名			

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位額	算定回数	当月算定額	摘要
	4時間未満				
	4時間以上8時間未満				
	8時間以上				
	送迎加算（児童のみ）				
当月費用の額合計				①	

利用者負担額	利用者負担額等の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額	②	

当月日中一時支援費請求額①－②	円
-----------------	---

	枚中		枚
--	----	--	---