利用者負担額の領収証明書

利用者（保護者）氏名：　　様
（利用児童氏名：　　）

令和　　年　　月　　日

法人名：
法人所在地：
代表者役職・氏名：　　印

担当者名：
連絡先：

次のとおり、あなたの利用者負担額の支払いを受けたことを証明します。

【利用事業所名：　　】

提供年月 （　年　月）	障害児通所給付費 （児童発達支援、放課後等デイサービスなど）	障害福祉サービス等給付費 （短期入所など）	地域生活支援給付費 （日中一時支援、移動支援など）