利用者負担額の領収証明書

（記載例）

利用者（保護者）氏名：〇〇　〇〇　　様
（利用児童氏名：〇〇　〇〇　　）

令和　　年　　月　　日
法人名：株式会社〇〇
法人所在地：富山市〇〇〇〇〇
代表者役職・氏名：代表取締役　〇〇　〇〇 印

担当者名：〇〇　〇〇
連絡先：〇〇　〇〇

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　　〇〇〇〇事業所

提供年月	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）
令和８年１月	4,600円	4,600円	500円
令和８年２月	4,600円	-	1,000円
令和８年３月	4,600円	-	-

※金額は、給付費分のみ記入してください。