

# 利用者負担額一覧表

令和      年      月      日

( 提 供 先 )

殿

下記のとおり提供します。

令和		年		月		分
----	--	---	--	---	--	---

事業者	事業所番号																		
	住 所 (所在地)																		
	電話番号																		
	名 称																		

項番	支給決定障害者等欄																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			
	市町村番号																			総費用額
	受給者番号																			利用者負担額
	氏名																			