

堺市障害者緊急時対応費用明細書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

登録番号		事業者及び その事業所 の名称
申請者(介護者) 氏名		
利用登録 障害者氏名		

費用の 額計 算欄	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要	
	当月利用回数合計	回	当月費用の額合計	①		

利用者負担額	当月算定額	摘要
利用者負担額	②	

請求額 (①-②)+③	円
-------------	---

	枚中		枚
--	----	--	---