

様式第8号（第9条関係）

堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援費明細書

		年		月分
--	--	---	--	----

受給者番号		事業所番号	
支給決定障害者 (保護者)氏名		事業者及び その事業所 の名称	
支給決定に係る 障害児氏名			

請求額 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	
	請求額					