

【参考様式】

障がい児通所支援（**児童発達支援**・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・居宅訪問型児童発達支援）
 契約内容（障がい児通所受給者証記載事項） 報告書

○ 年 ○ 月 △ 日

〒000-0000
 大阪府〇〇市△△1-2-3
 大阪府〇〇市長 様

事業者番号	2	7	1	2	3	4	5	6	7	8
事業者及びその事業所の名称 代表者	〒000-0000 大阪府〇〇市△△4-5-6 ◎◎放課後等デイサービス(株) 代表取締役 ◎◎ 花子									

下記のとおり当事業者との契約内容（障がい児通所受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

障がい児通所受給者証番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
支給決定障がい者（保護者）氏名	大阪 一郎									
支給決定に係る児童氏名	大阪 一美									

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理 由
1	児童発達支援 (児童発達支援センター以外)	7 日/月	○年○月○日	☒ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更

<障がい児通所給付の受領通知(通知文の例)>

〇〇年〇〇月〇〇日

大阪 一郎 様
(大阪 一美 様分)

◎◎放課後等デイサービス(株)
代表取締役 ◎◎ 花子
電話番号:000(000)0000
FAX番号:000(000)0000

障がい児通所給付受領のお知らせ

このたび下記の内容で提供しましたサービスに要した費用について、市町村から支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当法人もしくは受給者証に記載された市町村にお問い合わせください。

記

1 サービス提供年月	〇〇年〇〇月	
2 受領した障がい児通所給付名	障がい児通所給付費(児童発達支援(児童発達支援センター以外))	
3 受 領 日	〇〇年△△月▽▽日	
4 受領金額	金〇〇〇, 〇〇〇円	
5 内 訳	サービスに 要した費用 の全体の額 (A)	金〇〇〇, 〇〇〇円 (別紙明細書のとおり) ※もしくは、計算過程を記入
	利用者負担額 (B)	金〇〇〇, 〇〇〇円
	報 酬 額 (A) - (B)	金〇〇〇, 〇〇〇円