

年 月 日

様

利用者、家族等氏名

障害福祉サービス事業者名  
代表者名 印

介護給付費等の受領のお知らせ  
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり  
利用者様に代わり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、当事業所もしくは区市にお問い合わせ  
下さい。

記

サービス提供年月	平成 年 月	
	※又は、平成 年 月 日～平成 年 月 日	
サービス内容	居宅介護事業	該当サービス名を記載
受領日	平成 年 月 日	
代理受領金額	金	円
代理受領額の内訳	※ サービスに要した費用の全体の額 (A)	金 円
	利用者負担額 (B)	金 円
	介護給付費等代理受領額 (A) - (B)	金 円

※ 別紙で明細書（確認リスト等）を添付するなど、(A)についての計算過程を示してください。

年 月 日

様

利用者、家族等氏名

障害福祉サービス事業者名  
代表者名

訓練等給付費の受領のお知らせ  
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり  
利用者様に代わり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、当事業所もしくは区市にお問い合わせ  
下さい。

記

サービス提供年月	平成 年 月 ※又は、平成 年 月 日～平成 年 月 日	
サービス内容	共同生活援助事業	
受領日	平成 年 月 日	
代理受領金額 (A)-(B)+(C)	金 円	
代理受領額の 内訳	サービスに要した費用の全体の額 ※ (A)	金 円
	利用者負担額 (B)	金 円
	特定障害者特別給付費 (補足給付) (C)	金 円

※ 別紙で明細書(確認リスト等)を添付するなど、(A)についての計算過程を示してください。

様

利用者、家族等氏名

障害福祉サービス事業者名  
代表者名 印

訓練等給付費等の受領のお知らせ  
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり  
利用者様に代わり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、当事業所もしくは区市にお問い合わせ  
下さい。

記

サービス提供年月	平成 年 月	
	※又は、平成 年 月 日～平成 年 月 日	
サービス内容	就労継続支援B型	該当サービス名を記載
受領日	平成 年 月 日	
代理受領金額	金	円
代理受領額の内訳	※ サービスに要した費用の全体の額 (A)	金 円
	利用者負担額 (B)	金 円
	訓練等給付費等代理受領額 (A)－(B)	金 円

※ 別紙で明細書（確認リスト等）を添付するなど、(A)についての計算過程を示してください。