横浜市障害児施設利用者負担助成 請求内訳書[保護者用] (月分)

支給決定保護者氏名		入所者氏名		受給者証番号	
利用施設名				入所年月日	

利用者負担額① (支払った額(下の明細)の合計)	利用者負担額(横浜市基準)② (障害児施設受給者証の利用者負担額)
円	円

横浜市への請求金額 左の①-②(請求書に記載する金額)
円

日付	曜日	金額(円)	支払い先	支払った内容	施設確認印
合計					

【記載上の留意事項】

- 医療費の重度障害者医療費助成や教育費の就学奨励費などに該当するものについては、助成の対象とはなりません。
- 施設等から請求された利用者負担額と障害児施設受給者証に記載された利用者負担額(市基準負担額)を必ずご記入ください。
- 〔日付〕〔曜日〕には、お金を立て替えた日(曜日)をご記入ください。
- 〔金額〕には支払った金額、〔支出先〕はお金を支払った事業所等の名前、〔支出内容〕にはお金を支払った内容(たとえば、精神科受診料、ジャンパー1枚購入など)をご記入ください。
- 支払ったものについては、必ず領収書等支払ったことを証明するもの(原本)を別途添付ください。領収書等の添付のないものについては、お支払いができません。