**利用実績一覧票（総括票）**

**（　　　　年度第　　分）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 患者名 | 請　求　金　額 |
| サービス費用 | 手数料 | 計 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |

※　手数料は難病患者在宅介護支援事業（介助人派遣事業）に限る。

|  |
| --- |
| 上記のとおり報告いたします。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名代表者名 |