

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				

※ 手数料は小児慢性特定疾病児童等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