（一）

障害福祉サービス受給者証

受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		
支給市町村名及び印	1 4 2 1 3 3 大和市 障がい福祉課 神奈川県大和市 鶴間1-31-7 046-260-5665	

（二）

介護給付費の支給決定内容

障害支援区分		
認定有効期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
予備欄		

（三）

サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで
サービス種別		
支給量等		
支給決定期間	から	まで

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	から　まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から　まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から　まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から　まで
予備欄	

（五）

計画相談支援給付費の支給内容		
支給期間	から	まで
指定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
予備欄		

特定障害者特別給付費の支給内容		
施設入所支援		
支給額		
適用期間	から	まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援		
支給額		
適用期間	から	まで
予備欄		

（六）

利用者負担に関する事項		
負担上限月額	円	
適用期間	から	まで
食事提供体制加算対象者	非該当	
適用期間	から	まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	非該当	
利用者負担上限額管理事業所名		
特記事項欄		
予備欄		

1000034197