地域生活支援事業受給者証

受給者	番号	
	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	142133 大和市 障がい福祉課 神奈川県大和市 鶴間1-31-7 046-260-5665	

利用者負担に関する事項

利用者負担割合(原則)		利用者負担上限月額	
適用期間	から まで		

支給決定の内容

支給決定期間	から まで	
支給量等		上限額
支給決定期間	から まで	
支給量等		上限額
支給決定期間	から まで	
支給量等		上限額

支給量変更の記載欄

変更前の内容	市町村認印
変更年月日 年 月 日	
変更年月日 年 月 日	
変更年月日 年 月 日	
変更年月日 年 月 日	
（予備欄）	