

令和 年 月 日

様

 利用者、保護者等氏名

障害福祉サービス事業者名
代表者名

介護給付費等の受領のお知らせ
(法定代理受領のお知らせ)

様に提供した下記のサービスに要した費用について、区市から下記のとおり利用者様に代わり支払いを受けましたので、お知らせします。

このお知らせの内容に疑義がある場合は、当事業所もしくは区市にお問い合わせ下さい。

記

サービス提供年月	令和 年 月 ※又は、令和 年 月 日～令和 年 月 日
サービス内容	居宅介護事業 該当サービス名を記載
受領日	令和 年 月 日
代理受領金額	金 円
代理受領額の内訳	※ サービスに要した費用の全体の額 (A) 金 円
	利用者負担額 (B) 金 円
	介護給付費等代理受領額 (A) - (B) 金 円

※ 別紙で明細書を添付する等 (A) の計算過程を示してください。