

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

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。