

(参考) 通所受給者証への記載例

(四)

| 障害児通所支援給付費の支給内容 | |
|-----------------|------------------|
| 支給期間 | 令和 年 月から令和 年 月まで |
| 指定通所支援事業所名 | |
| モニタリング期間 | |
| 予備欄 | |

(五)

| 利用者負担に関する事項 | |
|---|----------------------|
| 負担上限月額 | 円 |
| 適用期間 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |
| 食事提供加算対象者 | |
| 適用期間 | 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで |
| 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 | |
| 利用者負担上限額管理事業所名 | |
| 特記事項欄 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・第2子(第3子以降)軽減対象児童 ・無償化対象児童 (対象期間 令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで) | |
| 予備欄 | |

(六)

| 番号 | 障害児通所支援事業者記入欄 | |
|----|---------------|----------|
| 1 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | 支援の内容 | 事業者確認印 |
| | 契約支給量 | 年月日 |
| 2 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | 支援の内容 | 事業者確認印 |
| | 契約日 | 令和 年 月 日 |
| 3 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | 支援の内容 | 事業者確認印 |
| | 契約日 | 令和 年 月 日 |

本欄が「有」となっていますが、無償化対象児童については上限額管理加算を算定できません。

追記箇所

制度開始当初は原則としこのような表記がされていませんので、生年月日により判断をしてください。