

様式第7号(第2第7項関係)

長野市雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業費請求明細書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

受給者証番号									
受給者名									

事業者及びその事業所の名称									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

費用 額 計 算 欄	サービス内容	単位数	回数	当月単位数	摘要	
当月単位数合計			①			
単位数単価(円/単位)			②			
当月費用の額(①×②)			③		※	

当月利用者負担額(③×10/100)	④				※
--------------------	---	--	--	--	---

当月重度障害者等就労支援費請求額(③-④)	⑤				円
-----------------------	---	--	--	--	---

注1 ③、④欄は、1円未満切捨て
 注2 ③欄は、受給者証(二)利用者負担に関する事項の利用者負担割合10%に該当する利用者のみ記入

