

**障害福祉サービス等事業所説明会資料
(様式集)**

令和3年3月作成

**大分市福祉保健部
障害福祉課**

契約内容 (障害福祉サービス受給者証・地域相談支援受給者証記載事項) 報告書

令和 年 月 日

〒870-8504
大分市荷揚町2番31号
大分市長 佐藤 樹一郎 殿

| | |
|----------------------|--|
| 事業者番号 | |
| 事業者及びその事業所の名称 代表者 | |

下記のとおり当事業者との契約内容 (障害福祉サービス受給者証・地域相談支援受給者証記載事項) について報告します。

記

報告対象者

| | | | |
|------------------|--|--------------|--|
| 障害福祉サービス受給者証番号 | | 地域相談支援受給者証番号 | |
| 支給決定障害者 (保護者) 氏名 | | 支給決定に係る児童氏名 | |

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

| 受給者証の事業者記入欄の番号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約日 (又は契約支給量を変更した日) | 理由 |
|----------------|--------|-------|------------------------|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

| 提供を終了する事業者記入欄の番号 | 提供終了日 | 提供終了月中の終了日までの既提供量 | 既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由 |
|------------------|-------|-------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 <input type="checkbox"/> その他 () |

※今後他の事業所におけるサービスの継続予定を記載してください。

利用予定有 (サービス名)
(事業所名)
 利用予定無

※終了する理由が就職の場合、就職先名を記載してください。

就職先名

(児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援) 契約内容 (通所受給者証記載事項) 報告書

令和 年 月 日

〒870-8504
大分市荷揚町2番31号
大分市長 佐藤 樹一郎 殿

| | |
|----------------------|--|
| 事業者番号 | |
| 事業者及びその事業所の名称 代表者 | |

下記のとおり当事業者との契約内容 (障害福祉サービス受給者証・地域相談支援受給者証記載事項) について報告します。

記

報告対象者

| | |
|-----------------|-----------------|
| 受給者証番号 | |
| 通所給付決定 保護者氏名 | 給付決定に係る 児童氏名 |

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

| 受給者証の事業者記入欄の番号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約日 (又は契約支給量を変更した日) | 理由 |
|----------------|--------|-------|------------------------|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

| 提供を終了する事業者記入欄の番号 | 提供終了日 | 提供終了月中の終了日までの既提供量 | 既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由 |
|------------------|-------|-------------------|---|
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 (理由) <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

| | | | |
|---|--|--------------------|--|
| 支給決定障害者等氏名 | | 受給者証番号 | |
| フリガナ | | | |
| | | 生年月日 | |
| | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | |
| 利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者 | | | |
| <p>上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p>(上限管理事業所登録をする指定事業所番号:)</p> | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | 変更年月日 令和 年 月 日 | |
| <p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)</p> | | | |
| <p>(提出先)</p> <p>大分市長 殿</p> <p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> | | | |
| 市町村 確認欄 | | | |

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、大分市へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、大分市へ提出してください。
- この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

利用者負担額一覧表

令和 年 月 日

(提供先)

殿

下記のとおり提供します。

| | | | | | |
|----|--|---|--|----|--|
| 令和 | | 年 | | 月分 | |
|----|--|---|--|----|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業者 | 指定事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 (所在地) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 項番 | 支給決定障害者等欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 市町村番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 提供サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

過誤訂正連絡票(記載例)

令和 年 月 日提出

| | |
|-------|-----|
| 事業所名 | |
| 事業所番号 | 担 |
| 連絡先 | TEL |

過誤対象の再請求希望月の記載をお願いします。
 【例】下記「対象となるサービス提供年月」の請求内容を10月に再請求する場合

過誤希望月 10月

- 【例①】大分太郎さんにおいて、令和2年8月提供分の身体介護を過誤する場合
- 【例②】大分花子さんにおいて、令和2年1月提供分～令和2年8月提供分の、計8か月分の家事援助を過誤する場合
- 【例③】大分花子さんにおいて、令和2年1月提供分～令和2年5月提供分の5か月分と、令和2年8月提供分の計6月分の家事援助を過誤する場合

| 受給者証番号 | 氏名 | サービス種類 | 対象となるサービス提供年月 | 差額 | (過誤内容、訂正内容、希望月の違い等) |
|------------|-----------|--------|-----------------|-----|--|
| 1111111111 | 【例①】大分 太郎 | 身体介護 | 令和2年8月 ~ 令和2年8月 | ¥△△ | 過誤訂正前の請求金額と過誤訂正後の請求金額の差額の記載をお願いします。 |
| 2222222222 | 【例②】大分 花子 | 家事援助 | 令和2年1月 ~ 令和2年8月 | ¥△△ | |
| 2222222222 | 【例③】大分 花子 | 家事援助 | 令和2年1月 ~ 令和2年5月 | ¥△△ | |
| " | " | " | 令和2年8月 ~ 令和2年8月 | | 【例②】の様に記載いただいた場合、令和2年1月提供分から令和2年8月提供分までの計8か月間の請求の取り下げを行います。 令和2年1月から令和2年8月の期間中に過誤訂正の必要な月(令和2年6月から令和2年7月)がある場合は【例③】の様欄を分けて記載をお願いします。 |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |
| | | | ~ | | |

※同月過誤の申請については、市から国保連への申立てが必要で、毎月5日頃が期限となります。月末までに提出をお願いします。

初回加算 算定報告書

提出日 令和 年 月 日

大分市長 殿

下記のとおり、居宅介護計画等の内容について、サービス提供責任者より利用者本人、ご家族等に説明を行い、その内容について了承いただきました。
また、初回アセスメント料として加算の算定に同意いただいたことを報告いたします。

| | | |
|---------|--|-----|
| 指定事業所番号 | | |
| 指定事業所名 | | |
| 代表者名 | | |
| 事業所所在地 | | TEL |

●初回加算 算定対象利用者情報

| | | | |
|---|---|---|--|
| 受給者番号 | | | |
| 利用者等氏名 (児童の場合は 保護者名) | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児童氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 今回提供するサービス種類 (該当の□にチェック、該当に○) | <input type="checkbox"/> 居宅介護(身体介護・家事援助・通院身体有・通院身体無・乗降介助) <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | | |
| 同一事業所による サービス提供履歴 (A) (該当項目に○又はチェックを入れる) | 新規・過去に提供あり | 最終提供 サービス 種類 | <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 |
| | 過去に提供がある場合 | 最終提供日 平成 年 月 日 | |
| 今回の初回サービス提供日 (B) | 令和 年 月 日 | ■初回加算算定要件 ①過去に提供があった場合は、(A)の日が(B)の日より2月以上前であること。 ②(C)の日は(B)の日と同月であること。 | |
| 居宅介護計画書の 説明を行った日(C) | 令和 年 月 日 | | |
| 説明を行った サービス提供責任者名 | | | |

- 【添付書類】 ①居宅介護計画書の写し
②新規契約の場合は、契約内容報告書

【留意事項】 初回加算を算定する場合は算定月の翌月10日までに、上記必要事項を記載のうえ、上記添付書類とともに大分市障害福祉課まで本同意書を提出すること。

外泊に関する報告書

令和 年 月 日

大分市長 殿

| | |
|--------------|-------|
| 事業者番号 | |
| 事業者及びその施設の名称 | 〒 ー |
| 代表者 | |

下記のとおり当施設利用者が 外泊 をいたしましたので、報告します。

記

報告対象者

| | |
|-----------|-------|
| 受給者証番号 | |
| 支給決定障害者氏名 | |

外泊許可の報告

| | 外泊開始 終了の別 | 外泊年月日 | 外 泊 先 | 備考 |
|---|--------------------------------|----------|-------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> 外泊開始日 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 外泊終了日 | 令和 年 月 日 | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 外泊開始日 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 外泊終了日 | 令和 年 月 日 | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> 外泊開始日 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 外泊終了日 | 令和 年 月 日 | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> 外泊開始日 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 外泊終了日 | 令和 年 月 日 | | |

入退院に関する報告書

令和 年 月 日

大分市長 殿

| | |
|--------------|-----|
| 事業者番号 | |
| 事業者及びその施設の名称 | 〒 - |
| 代表者 | |

下記のとおり当施設利用者が医療機関に入院(退院)をいたしましたので、報告します。

記

報告対象者

| | |
|-----------|--|
| 受給者証番号 | |
| 支給決定障害者氏名 | |

入院又は退院の報告

| | 入院・退院の別 | 入院・退院年月日 | 入院先医療機関 | 備考 |
|---|-----------------------------|----------|---------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> 入院 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 退院 | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> 入院 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 退院 | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> 入院 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 退院 | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> 入院 | 令和 年 月 日 | | |
| | <input type="checkbox"/> 退院 | | | |

2人の従業者による居宅介護等の提供について

障害福祉サービスの利用について、下記のとおり2人の従業者でサービス提供をいたします。

| | | | | |
|--|-------------|--|------|-------|
| 受給者番号 | | | | |
| 利用者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 | | |
| 身体障害者手帳 | 級 | | | |
| 療育手帳 | A1 A2 B1 B2 | | | |
| 精神保健福祉手帳 | 級 | | | |
| 2人対応の内容 (理由・支援内容等) ※どのような場合 やどういった部分 が2人対応が必要 なのかを具体的に 記入してください。 | サービス内容 | <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 移動支援 | | |
| | | | | |
| サービス提供 事業所 | 名称 | | 届出者 | |
| | 住所 | 〒 - 電話番号 | | |
| 市 記載欄 | | | | 担当者回覧 |
| | | | | |

週間サービス計画票

氏名:

| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 6:00 | | | | | | | |
| 7:00 | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | |
| 9:00 | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | |
| 11:00 | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | |
| 13:00 | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | |
| 17:00 | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | |
| 19:00 | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | |
| 21:00 | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | |
| 23:00 | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | |
| 1:00 | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | |
| 3:00 | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | |
| 5:00 | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | |

就労移行支援標準利用期間更新評価書

大分市長 殿

1. 対象者

| | | | | | | |
|-------|--|-----|----|---|---|---|
| フリガナ | | 生 年 | 昭和 | | | |
| 氏 名 | | 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 居 住 地 | | | | | | |

2. 訓練の内容

| | 内容 | 期間 | 備考 |
|---|----|----|----|
| ① | | ～ | |
| ② | | ～ | |
| ③ | | ～ | |
| ④ | | ～ | |
| ⑤ | | ～ | |

3. 訓練の評価

| | |
|---------|--|
| 訓練参加の状況 | |
| 訓練意欲の有無 | |
| 訓練の進行状況 | |
| その他評価 | |

4. 更新が必要となった理由

①訓練や将来の生活設計に対して明確な目的を持ち、日々の訓練に取り組んでいること。

- 該当
 非該当

(具体的な内容)

| |
|----------------|
| ----- ----- |
|----------------|

②就労が予定されていること。

- 該当 → (月 日就労予定)
 非該当

(具体的な内容)

| |
|----------------|
| ----- ----- |
|----------------|

③訓練開始当初に定めた明確な目標及び課題等について、やむを得ない事情等により未達成となったが、更新を行うことで達成が可能であること。

または、経済情勢の著しい変動が生じた等外的な理由により、計画の変更等の必要が生じたこと。

- 該当
 非該当

(具体的な内容)

| |
|----------------|
| ----- ----- |
|----------------|

④利用者の状況の変化及び満足度等の観点から施設内での会議において全体評価を行いサービス管理責任者等が継続の必要性を認めたとき。

- 該当
 非該当

(具体的な内容)

| |
|----------------|
| ----- ----- |
|----------------|

5. 本人(家族)の考え

| |
|--------------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--------------------------------------|

6. 事業者による総合評価

| |
|--------------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--------------------------------------|

7. その他特記事項

| |
|--------------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|--------------------------------------|

| | |
|-----------|--|
| 記入者 氏名 | |
|-----------|--|

上記のとおり、相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

法人名

事業所名

代表者名

自立訓練（生活訓練）標準利用期間更新評価書

大分市長 殿

1. 対象者

| | | | | | | |
|-------|--|-----|----|---|---|---|
| フリガナ | | 生 年 | 昭和 | | | |
| 氏 名 | | 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 居 住 地 | | | | | | |

2. 訓練の内容

| | 内容 | 期間 | 備考 |
|---|----|----|----|
| ① | | ～ | |
| ② | | ～ | |
| ③ | | ～ | |
| ④ | | ～ | |
| ⑤ | | ～ | |

3. 訓練の評価

| | |
|---------|--|
| 訓練参加の状況 | |
| 訓練意欲の有無 | |
| 訓練の進行状況 | |
| その他評価 | |

4. 更新が必要となった理由

①訓練や将来の生活設計に対して明確な目的を持ち、日々の訓練に取り組んでいること。

該当

非該当

(具体的な内容)

| |
|-------|
| |
| ----- |
| ----- |

②訓練開始当初に定めた明確な目標及び課題等について、やむを得ない事情等により未達成となったが、更新を行うことで達成が可能であること。

該当

非該当

(具体的な内容)

| |
|-------|
| |
| ----- |
| ----- |

③利用者の状況の変化及び満足度等の観点から施設内での会議において全体評価を行いサービス管理責任者等が継続の必要性を認めたとき。

該当

非該当

(具体的な内容)

| |
|-------|
| |
| ----- |
| ----- |

5. 本人(家族)の考え

| |
|-------|
| |
| ----- |
| ----- |
| ----- |

6. 事業者による総合評価

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

7. その他特記事項

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|-----------|--|
| 記入者 氏名 | |
|-----------|--|

上記のとおり、相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

自立訓練（機能訓練）標準利用期間更新評価書

大分市長 殿

1. 対象者

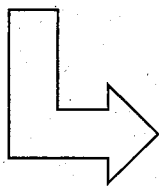
| | | | | | | |
|-------|--|-----|-----|---|---|---|
| フリガナ | | 生 年 | 昭 和 | | | |
| 氏 名 | | 月 日 | 平 成 | 年 | 月 | 日 |
| 居 住 地 | | | | | | |

2. 訓練の内容

| | 内 容 | 期 間 | 備 考 |
|---|-----|-----|-----|
| ① | | ～ | |
| ② | | ～ | |
| ③ | | ～ | |
| ④ | | ～ | |
| ⑤ | | ～ | |

3. 訓練の評価

| | |
|---------|--|
| 訓練参加の状況 | |
| 訓練意欲の有無 | |
| 訓練の進行状況 | |
| その他評価 | |



| | 具体的評価 | 該 当 | 一 部 該 当 | 非 該 当 |
|---|--|-----|------------|----------|
| ア | 訓練や将来の生活設計に対して明確な目的を持ち、日々の訓練に取り組んでいる。 | | | |
| イ | 明確な訓練課題等があり、また、その訓練を行うことで利用者のより安定的な生活の確保につながる。 | | | |
| ウ | 身体的リハビリテーションの継続の必要性や身体機能の維持及び回復等の見込みがある。 | | | |

4. 本人(家族)の考え

| |
|-----------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-----------------------------------|

5. 事業者による総合評価

| |
|-----------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-----------------------------------|

6. その他特記事項

| |
|-----------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-----------------------------------|

| | |
|-----------|--|
| 記入者 氏名 | |
|-----------|--|

上記のとおり、相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

例

就労移行支援標準利用期間更新評価書

大分市長 殿

1. 対象者

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|-----|----|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | オオイタ ハナコ | 生 年 | 昭和 | ● | 年 | ● | 月 | ● | 日 |
| 氏 名 | 大分 花子 | 月 日 | 平成 | ● | 年 | ● | 月 | ● | 日 |
| 居 住 地 | 大分市荷揚町 2 番 31 号 | | | | | | | | |

2. 訓練の内容

| | 内容 | 期間 | 備考 |
|---|----------------|---------------|----|
| 1 | 体力作り | H○.○.○~H△.△.△ | |
| 2 | コミュニケーション能力の訓練 | H■.■.■~H□.□.□ | |
| 3 | 本人に合った作業の選別 | H◇.◇.◇~H▽.▽.▽ | |
| 4 | 企業実習 | H◎.◎.◎~H●.●.● | |
| 5 | | ~ | |

3. 訓練の評価

| | |
|---------|--|
| 訓練参加の状況 | 概ね参加できている。作業内容によってはムラがある。 |
| 訓練意欲の有無 | 有(作業内容によっては無) |
| 訓練の進行状況 | 実習先での評価が上がった。 |
| その他評価 | 対人面においては、自らコミュニケーションをとれるようになるまでに時間を要す。 |

4. 更新が必要となった理由

①訓練や将来の生活設計に対して明確な目的を持ち、日々の訓練に取り組んでいること。

- 該当
 非該当

(具体的な内容)

本人の「一般就労して、1人暮らしをしたい」という目的をサポートしながら、金銭管理の訓練、体力作り、身の回りの整理整頓の声掛け等を行い、1人暮らしができるために必要な訓練をしている。

②就労が予定されていること。

- 該当 → (■月■日就労予定)
 非該当

(具体的な内容)

■月■日より現在の実習先で就職予定である。しかし、現在の状態では対人面で不案要素があるため、就労移行支援の実習として事業所のバックアップを受けながら●月●日まで行うことにより、就職してからもスムーズに環境に馴染むことができる。

③訓練開始当初に定めた明確な目標及び課題等について、やむを得ない事情等により未達成となったが、更新を行うことで達成が可能であること。

または、経済情勢の著しい変動が生じた等外的な理由により、計画の変更等の必要が生じたこと。

- 該当
 非該当

(具体的な内容)

▲月▲日より就職予定だった企業が「経営状況の悪化」により、就職できなかった。その後、★月より別の企業にて半年間実習を行い高い評価をもらっており、●月●日より就職する予定である。

④利用者の状況の変化及び満足度等の観点から施設内での会議において全体評価を行いサービス管理責任者等が継続の必要性を認めたとき。

- 該当
 非該当

(具体的な内容)

就職のために必要な体力、作業能力等は訓練により身につけてきた。しかし、新しい環境に慣れるまでに時間を要し、対人関係においても自らコミュニケーションをとろうとはしない。就労移行支援の期間を延長しバックアップを受けながら実習を重ねることによりカバーできると考える。

5. 本人（家族）の考え

一般就労はしたいが、最初慣れるまでは不安がある。家族も一般就労して自立できるように望んでいる。

6. 事業者による総合評価

就労能力、体力、言葉遣いに問題はないが、対人面において慣れるまでフォローが必要な場合がある。就職先と、事業所間で情報提供等が必要になる。就職してからも、バックアップの支援を頻回に行う。

7. その他特記事項

| | |
|-----------|--------|
| 記入者 氏名 | 〇〇 〇〇〇 |
|-----------|--------|

上記のとおり、相違ないことを証明する。

令和 XX 年 XX 月 XX 日

社会福祉法人 〇〇〇

就労移行支援事業所 〇〇〇

施設長 ▲▲▲ ■■■■

復職支援評価書

大分市長 殿

1. 対象者

| | | | | | | |
|-------|--|-----|----|---|---|---|
| フリガナ | | 生 年 | 昭和 | | | |
| 氏 名 | | 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 居 住 地 | | | | | | |

2. 復職に向けて障害福祉サービスを利用するに至った経過

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

3. 利用者本人の考え

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

4. 利用者の家族の意見

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

5. 医師の意見

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

6. 雇用する事業主の意見

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

7. 事業所による評価

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

8. その他特記事項

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

| | |
|-----------|--|
| 記入者 氏名 | |
|-----------|--|

上記のとおり、相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

法人名

事業所名

代表者名

年度 個別支援計画書

| | | | |
|------------|--|-------|--|
| 事業所名 | | 担当職員名 | |
| 障害福祉サービス種別 | | | |

| | | | |
|-------|-------|----|-----|
| 利用者氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |

| | | | |
|-------|-------|-----------|-------|
| 調査実施日 | 年 月 日 | 個別支援計画作成日 | 年 月 日 |
| 適用期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |

| | |
|----------------|---------------------------------|
| 利用者の現状 | ・ ・ ・ |
| 利用者及び 家族の意向 | ○利用者 ・ ・ ○家族 ・ ・ |
| 利用者の目標 | ・ ・ |
| 事業所の 支援方針 | ・ ・ |
| 留意事項 | ・ ・ |

| | | | | | | |
|------------|------|------|-------|--|---|--|
| 項目別目標と支援計画 | 生活面 | 年間目標 | | | | |
| | | 短期目標 | 1～2ヶ月 | | | |
| | | | 3～4ヶ月 | | | |
| | | | 5～6ヶ月 | | | |
| | 支援方法 | | | | | |
| | 作業面 | 年間目標 | | | | |
| | | 短期目標 | 1～2ヶ月 | | | |
| | | | 3～4ヶ月 | | | |
| | | | 5～6ヶ月 | | | |
| | | 目標工賃 | 1～2ヶ月 | | 円 | |
| | | | 3～4ヶ月 | | 円 | |
| | | | 5～6ヶ月 | | 円 | |
| | 支援方法 | | | | | |
| その他 | | | | | | |

年 月 日

利用者

保護者

事業者

年度 個別支援計画評価書

| | | | |
|------------|--|-------|--|
| 事業所名 | | 担当職員名 | |
| 障害福祉サービス種別 | | | |

| | | | |
|-------|-------|----|-----|
| 利用者氏名 | | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 | | |

| | | | |
|-------|-------|-----|-------|
| 評価実施日 | 年 月 日 | 作成日 | 年 月 日 |
| 評価期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 |

| | 利用者の目標 | 達成状況 | 事業所の評価 | 次回目標 |
|---|--------|------|--------|------|
| ① | | | | |
| ② | | | | |
| ③ | | | | |

| | | 期間 | 1～2ヶ月 | 3～4ヶ月 | 5～6ヶ月 |
|------|------|-------|-------|-------|-------|
| | | 項目別評価 | 生活面 | 短期目標 | |
| 達成状況 | | | | | |
| 作業面 | 短期目標 | | | | |
| | 達成状況 | | | | |
| 工賃 | 目標 | | | | |
| | 実績 | | | | |

| | |
|-------|--|
| 今後の課題 | |
|-------|--|

就労能力評価書 (アセスメント結果シート)

| | | | |
|-----------|--|----------|--|
| アセスメント対象者 | | 生年月日 | |
| アセスメント期間 | | | |
| 結果シート作成者 | | 結果シート作成日 | |

【アセスメントの実施場所・作業内容】

| 実施場所 | 期間 | 内容 |
|------|----|----|
| | | |
| | | |
| | | |

(1) 作業的側面

| NO. | 評価項目 | A | B | C | D | 所見 (改善が見られた点、支援が必要な点など) |
|-----|--|---|---|---|---|-------------------------|
| 1 | 熱心に作業に取り組む | | | | | |
| 2 | 集中して作業に取り組む | | | | | |
| 3 | 終日コンスタントに作業に取り組む | | | | | |
| 4 | 正確に作業する | | | | | |
| 5 | 指示どおり作業する | | | | | |
| 6 | 自分で工夫して作業に取り組む | | | | | |
| 7 | 道具・機械・部品等を丁寧に扱う | | | | | |
| 8 | 作業に慣れるに従って習熟する | | | | | |
| 9 | 作業終了、事故・異常時に報告する | | | | | |
| 10 | 指示が分からない時には質問する | | | | | |
| 11 | 作業の準備・後片付けをする | | | | | |
| 12 | 危険 (物・箇所) に配慮し、対応する | | | | | |
| 13 | 自分の仕事に責任を持つ | | | | | |
| 14 | 作業スピード ●作業内容 : ●基準時間・作業量 : | | | | | |
| 15 | 計数能力 (数える力、単位の理解など) ●課題内容 : | | | | | |
| 16 | 体力 ●1日何時間程度の作業が行えるか : | | | | | |
| 17 | 作業時間と休憩時間の区別 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

【評価段階】 A→できる、問題ない B→概ねできている、支援があればできる
 C→一部改善は見られているが、課題は残っている D→改善に向けた検討が必要

(2) 社会的側面

| 評価項目 | | A | B | C | D | 所見(改善が見られた点、支援が必要な点など) |
|---------------------------------------|--|---|---|---|---|------------------------|
| A 勤 労 習 慣 | 1. 欠勤・遅刻・早退をしない | | | | | |
| | 2. 欠勤・遅刻・早退の場合に連絡する | | | | | |
| | 3. 職場の規則・規律を守る | | | | | |
| | 4. 清潔な身なりをする | | | | | |
| | 5. 普段の生活の中で、時間を意識した行動がとれる | | | | | |
| | 6. 生活リズムが一定している | | | | | |
| B 社 会 性 | 1. 日常の挨拶や返事をはっきりという | | | | | |
| | 2. 指示や注意に素直に従う | | | | | |
| | 3. 他人の迷惑になることはしない | | | | | |
| | 4. 周囲の人と協調して行動する | | | | | |
| | 5. 休憩時間の過ごし方を自分なりに考えて対処できる | | | | | |
| C 労 働 の 理 解 | 1. 仕事や作業への興味・関心がある | | | | | |
| | 2. 働くことの意義を理解している | | | | | |
| D コ ミ ニ ケー シ ョ ン | 1. 不調の時に自分から申し出る | | | | | |
| | 2. 困ったときに誰かに相談できる | | | | | |
| | 3. 休憩中の会話やレクリエーションに参加する | | | | | |
| | 4. 穏やかな自己主張ができる 例)相手の気分を害さずに断れる、感情的にならずに自分の言いたいことが言える | | | | | |
| | 5. 意思表示 ●伝え方: | | | | | |
| E 健 康 管 理 | 1. 仕事に備えた健康管理ができる 例)睡眠のリズムが安定している等 | | | | | |
| | 2. 不調のサインを理解している | | | | | |
| | 3. 通院や服薬などの自己管理ができる | | | | | |

【評価段階】 A→できる、問題ない B→概ねできている、支援があればできる
C→一部改善は見られているが、課題は残っている D→改善に向けた検討が必要

【総合所見】

日中活動の併用に係る特例の適用を受けるための理由書

令和 年 月 日

大分市長 殿

法人名
事業所名
代表者名

下記の対象者について、日中活動の特例を受ける必要がありますので、次の通り届け出ます。

| | |
|-----|-----------|
| 対象者 | S・H 年 月 日 |
|-----|-----------|

| | サービス種別 (支給決定を受けるサービス種別を ○で囲んでください) | 利用(予定)施設名 | 一月に利用が必要 な日数 |
|---|--|-----------|-----------------|
| 1 | 生活介護 機能訓練 就労継続支援B型 生活訓練 | | 日 |

| |
|---|
| 特例の適用を受ける必要性 (ご本人の障がい特性とサービスの併用が必要な理由) |
| |

| |
|--------------------------|
| 当該事業所でサービスを受けることの効果・メリット |
| |

65歳以上の就労継続支援A型利用に係る特例を受けるための理由書

年 月 日

大分市長 殿

法人名
事業所名
代表者名

下記の対象者について、65歳以上の就労継続支援A型利用の特例を受ける必要がありますので、次の通り届け出ます。

| | | | |
|-------|--|------|-------|
| 対象者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
|-------|--|------|-------|

●継続利用の必要性、経緯等

| |
|--|
| |
|--|

●事業所の対応 (いずれかに○)

| | |
|---------------------------------|--------------|
| 「雇用無」契約への切り替え | 可 ・ 不可 |
| 雇用契約を締結する利用者に係る定員の数 | 10人以上・10人未満 |
| 「雇用無」契約者の数が利用定員の半数及び9人を超えていないか | 超えていない・超えている |
| 「雇用有」「雇用無」契約者の作業場所や作業内容を分けているか | 分けている・分けていない |
| 個別支援計画に介護保険等への移行に向けた取り組みの記載があるか | 有 ・ 無 |

●介護保険サービスの利用状況 (いずれかに○)

| | | | |
|----------------|-------|------|------------------------------|
| 介護認定の有無 | 有 ・ 無 | 要介護度 | 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) |
| 介護保険サービスの種類・内容 | | | |

共同生活援助の正式な入居に向けた課題等について

年 月 日

大分市長 殿

法人名
事業所名
代表者名

下記の対象者について、共同生活援助の体験利用後に正式な入居に至らなかった理由及び今後の課題等を次のとおり報告します。

| | | | |
|-------|--|------|-------|
| 対象者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
|-------|--|------|-------|

○体験利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日

○体験利用にかかる利用者本人の考え（目標、希望等）

| |
|--|
| |
|--|

○支援内容

| |
|--|
| |
|--|

○体験利用中の本人の様子

| |
|--|
| |
|--|

○正式入居に至らなかった理由及び今後に向けた課題

| |
|--|
| |
|--|

暫定支給決定期間評価結果報告書

年 月 日

(提出先) 大分市長

届出者 所在地
法人名
代表者名

下記のとおり評価結果について報告します。

記

1. 報告対象者

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | |
| 支給決定者氏名 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | <input type="checkbox"/> | 就労移行支援 | <input type="checkbox"/> | 就労継続支援A型 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 自立訓練(機能訓練) | <input type="checkbox"/> | 自立訓練(生活訓練) | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 宿泊型自立訓練 | | | | | | | | | |
| 暫定支給決定期間 | 年 月 日 | | ～ | 年 月 日 | | | | | | | |

2. 評価内容(別紙のとおり)

| | |
|--------------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 1 暫定支給期間評価票 | 指定様式 |
| <input type="checkbox"/> 2 アセスメント票 | 任意様式 |
| <input type="checkbox"/> 3 個別支援計画 | |

3. 評価結果

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | | | | | | | | | |
| 評価年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 評価実施者 (サービス管理責任者) | | | | | | 連絡先 | | | | | |
| サービス利用継続 の適否 | <input type="checkbox"/> 改善の見込みがあり、サービス利用の継続が適当 <input type="checkbox"/> 訓練効果が見込まれないため、サービス利用の継続は不適當 | | | | | | | | | | |
| 備考(特記事項等) | | | | | | | | | | | |

※ この報告書は、暫定支給決定期間が終了する2週間前までに市へ提出すること

暫定支給期間評価票

(生活訓練事業 ・ 機能訓練事業 ・ 宿泊型自立訓練事業)

記入日 年 月 日

| | | | |
|--|--------------|----------------------|--------------------|
| 利用者の氏名 | | 性別 (男・女) | 生年月日 年 月 日 (歳) |
| 暫定期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | 事業所との契約日 | 年 月 日 |
| 事業所名 | | 評価実施者 (サービス管理責任者) | |
| 利用者の希望する地域生活 | | | |
| 利用者の希望する地域生活に移行するための課題 (地域生活への移行を図る上で必要な生活能力等) | | | |
| 暫定期間中の個別支援計画に基づく支援実績 (支援した内容・達成度・暫定計画の評価等) | | | |
| 今後支給期間内に支援していく内容と方向性 | | | |
| 最終的な本人のサービス利用意向 (確認日 年 月 日) | | | |

暫定支給期間評価票

(就労移行支援事業 ・ 就労継続支援A型)

記入日 年 月 日

| | | | |
|--|--------------|----------------------|--------------------|
| 利用者の氏名 | | 性別 (男・女) | 生年月日 年 月 日 (歳) |
| 暫定期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | 事業所との契約日 | 年 月 日 |
| 事業所名 | | 評価実施者 (サービス管理責任者) | |
| 既に取得している資格等 | | | |
| 利用者の希望する就労形態・職種等 (職歴含) | | | |
| 暫定期間中の個別支援計画に基づく支援実績(支援した仕事の内容・習熟度・暫定計画の評価等) | | | |
| 今後支給期間内に支援していく内容と方向性 (取得予定の資格・基礎訓練内容・企業実習・就職先との調整等) | | | |
| 最終的な本人のサービス利用意向 (確認日 年 月 日) | | | |