

利用者名 様

障害福祉サービス事業者名
代表者名 印

介護給付費等の受領のお知らせ
(法定代理受領のお知らせ)

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

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

記

サービス提供年月		平成 年 月
サービス名		
受領日		平成 年 月 日
代理受領金額		金 円
代理受領額の内訳	サービスに要した費用の全体の額 (A)	金 円
	利用者負担額 (B)	金 円
	介護給付費等代理受領額 (A) - (B)	金 円