



契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）報告書

受付者

年 月 日

〒 720 - 8501
福山市東桜町3番5号

福山市長 様

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

次のとおり、当事業者と受給者の契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号									
支給決定障害者（保護者）名前					支給決定に係る児童名前				

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		契約年月日 (又は契約支給量を変更した日)	契約報告理由	
		数量	単位		<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
					<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

受給者証の事業者記入欄の番号	サービス内容	提供終了月中の終了日までの既提供量		契約終了年月日	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由	
		数量	単位		<input type="checkbox"/> 1 契約の終了	<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
					<input type="checkbox"/> 1 契約の終了	<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
					<input type="checkbox"/> 1 契約の終了	<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
					<input type="checkbox"/> 1 契約の終了	<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
					<input type="checkbox"/> 1 契約の終了	<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

代理受領の同意書

年 月 日

私は、上記の事業者から指定障害福祉サービス等の提供を受けたことに係る介護給付費又は訓練等給付費について、事業者が代わって請求及び受領することに同意しました。

受給者 (児童の場合、保護者)	住所	
	名前	

