

日中一時支援助成事業助成金明細書

	年		月分
--	---	--	----

利用者氏名	
障害の程度の区分	

事業者名	
------	--

利用者負担上限月額	①	円
-----------	---	---

利用時間	利用者負担基準額	日数 (回数)	利用者負担基準額の 1か月の合計額 ②	助成率	助成金額小計 ③
4時間未満	円	日	円	/	/
4時間以上 8時間未満	円	日	円		
8時間以上	円	日	円		
食事加算	420円	回	円		
合計			円	$\frac{90}{100}$	円

利用者負担基準額の1か月の合計額から 助成金の額を控除した額 (②-③) ④	円
---	---

助成金額小計 (④-①) ⑤ (①≥④の場合は0円)	円
-------------------------------	---

日中一時支援助成事業助成金額合計 (③+⑤)	円
---------------------------	---