**利用実績一覧票（総括票）**

**（　　　　年度第　　　分）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 患者名 | 請　求　金　額 |
| サービス費用 | 手数料 | 計 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

* 手数料は小児慢性特定疾病児童等介助人派遣事業に限る。

　上記のとおり報告いたします。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名