

(一) 地域生活支援事業受給者証	
受給者	番号
	居住地
	フリガナ
	氏名
児童	生年月日
	フリガナ
	氏名
	生年月日
交付年月日	平成 年 月 日
障害種別	1 2 3
支給市町村名 及び 印	(272232) 〒592-8385 大阪府高石市加茂 4丁目1番1号 高石市 電話 072-265-1001

(二) 支給決定の内容		
移動支援	支給決定期間	
	支給量等	
	負担上限月額	円
	適用期間	
日中一時支援	支給決定期間	
	支給量等	
	負担上限月額	
	適用期間	

(三) 支給決定の内容		
障害児タイムケア	支給決定期間	
	支給量等	
	① 上限月額	円
	適用期間	
日割合 1割 (記事項欄)		
(予備欄)		

(一)

地域生活支援事業受給者証

受給者	番号	2100000002
	居住地	高石市加茂4丁目1-1
	フリガナ 氏名	タカイシ ジロウ 高石 次郎
	生年月日	昭和40年1月1日
児童	フリガナ 氏名	
	生年月日	
交付年月日	平成 年 月 日	
障害種別	1	
支給市町村名 及び 印	(272352) 〒592-8585 大阪府高石市加茂 4丁目1番1号 高石市 電話 072-265-1001	

(二)

支給決定の内容

移動支援	支給決定期間	平成25年 1月 1日～平成25年12月31日
	支給量等	20時間/月
	負担上限月額	4,000円
	適用期間	平成25年 1月 1日～平成25年12月31日
	支給決定期間	
	適用期間	

(三)

支給決定の内容

支給決定期間	
支給量等	
負担上限月額	
適用期間	
負担割合	1割
(特記事項欄)	
(予備欄)	

障害種別は、数字表記です。
 1:身体障がい、2:知的障がい、
 3:精神障がい

ル

サ