医療型短期入所利用者さまへ

入所時・退所時に

障害福祉サービス受給者証をお持ちください

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日		日数	月累計	事業者確認印
		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
3		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
14		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
15		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
16		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
17		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
18		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
19		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
20		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
21		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
22		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
23		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
24		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			

12

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日		日数	月累計	事業者確認印
		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
25		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
26		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
27		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
28		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
29		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
30		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
31		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
32		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
33		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
34		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
35		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			
36		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで			

13

サービス費の市町村請求・他事業所での医療型短期入所を利用するために、受給者証(表紙に「福祉サービス受給者証」と記載された手帳型のもの)に利用日数を記入する必要があります。医療型短期入所をご利用の際は、入所日と退所日に必ず受給者証をお持ちください。