**令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）**

受給者証番号：　　　　　　　　　受給者氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害福祉相当介護保険サービスに係る  本人支払額（注） | 申請に係る  障害福祉相当介護保険サービスの利用月 | 支給（不支給） | 支給金額 | 不支給の理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

**自由記載１**

**固定文言１**