様式第三の次に次の一様式を加える。

様式第四（附則第三条第四項関係）

障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号						

平成			年			月分

受給者証番号										
給付決定保護者氏名										

請求事業者	指定事業所番号										
	事業者及びその事業所の名称										
	地域区分										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要

		枚中			枚目