利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施地域				
協力医療機関	名称		診療科名	

（備考）

１．記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。

２．更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。

３．「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

４．「診療科名」欄には、主な診療科名１つを記載してください。