

在宅知的障害（児）者等自律生活体験事業実施確認票

実施年度	年度	市町村名	
利用者氏名		登録番号	

実施期間	利用者負担金額	実費納付額	確認
月 日()～ 月 日()(泊日)	円	円	印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印
月 日()～ 月 日()(泊日)			印

注1) 本票は、利用者ごとに別葉とすること。

注2) 確認欄は、利用者が実施期間及び負担金額等の確認の上、押印すること。