

令和 年 月分

医療型児童発達支援提供実績記録票

受給者証 番 号											給付決定保護者氏名 (障害児氏名)																	事業所番号																		
契約支給量													事業者及び その事業所																																	

[illegible]

保育・教育等移行支援加算	移行日	移行後算定日
--------------	-----	--------

	枚中		枚
--	----	--	---