

활동지원급여비용 명세서

활동지원기관	기관명	활동지원기관번호	
수 급 자	성명	생년월일	
	주소	(전화번호:)	
급여 제공 기간	. . . ~ . . .		
항 목	세부 제공 내역		급여비용 금액(원)
	제공일	제공 내용	
활동보조	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
	. . .	()시간	
방문목욕	. . .	()회	
	. . .	()회	
	. . .	()회	
방문간호	. . .	()회 ()시간	
	. . .	()회 ()시간	
	. . .	()회 ()시간	
급여비용 합계			

「장애인활동 지원에 관한 법률」 제22조제3항 및 같은 법 시행규칙 제23조에 따라 위와 같이 활동지원
급여비용 명세서를 발급합니다.

년 월 일

활동지원기관의 장(대표자) (서명 또는 인)