

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)