

[illegible]

## 同行援護サービス提供実績記録票

[illegible]

(様式第二)

## 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、**重度訪問介護**、**同行援護**、**行動援護**、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

|         |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| 市町村番号   |  |  |  |  |  |  |
| 助成自治体番号 |  |  |  |  |  |  |

|    |  |  |   |  |  |    |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 平成 |  |  | 年 |  |  | 月分 |
|----|--|--|---|--|--|----|

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受 給 者 証 番 号          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者等<br>氏 名      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定に係る<br>障 害 児 氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                     |                       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|-----------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者               | 指定事業所番号               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     | 事業者及び<br>その事業所<br>の名称 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |                       | 地域区分 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |                       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |  |  |  |  |               |  |
|-------------|--|--|--|--|---------------|--|
| 利用者負担上限月額 ① |  |  |  |  | 就労継続支援A型減免対象者 |  |
|-------------|--|--|--|--|---------------|--|

|                   |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |  |  |
|-------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|--|--|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 管理結果 |  | 管理結果額 |  |  |  |  |
|                   | 事業所名称   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |  |  |

|            |  |  |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |      |  |  |      |  |  |
|------------|--|--|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|------|--|--|------|--|--|
| サービス<br>種別 |  |  | 開始年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 終了年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 利用日数 |  |  | 入院日数 |  |  |
|            |  |  | 開始年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 終了年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 利用日数 |  |  | 入院日数 |  |  |
|            |  |  | 開始年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 終了年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 利用日数 |  |  | 入院日数 |  |  |

[illegible][illegible]

| 助成金 | 請求先都道府県番号 | サービス種類 | 請求額 | サービス種類 | 請求額 |
|-----|-----------|--------|-----|--------|-----|
|     |           |        |     |        |     |
|     |           |        |     |        |     |

|            |      |  |  |    |        |  |  |  |       |  |  |  |
|------------|------|--|--|----|--------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 特定障害者特別給付費 | 算定日額 |  |  | 日数 | 給付費請求額 |  |  |  | 実費算定額 |  |  |  |
|            |      |  |  |    |        |  |  |  |       |  |  |  |

|  |  |    |  |  |    |
|--|--|----|--|--|----|
|  |  | 枚中 |  |  | 枚目 |
|--|--|----|--|--|----|

## 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(共同生活介護、共同生活援助)

|         |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| 市町村番号   |  |  |  |  |  |  |
| 助成自治体番号 |  |  |  |  |  |  |

|    |  |  |   |  |  |    |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 平成 |  |  | 年 |  |  | 月分 |
|----|--|--|---|--|--|----|

|              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障害者等氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定に係る障害児氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 指定事業所番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 事業者及びその事業所の名称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| 利用者負担上限月額 ① |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|

|        |  |
|--------|--|
| 灾害程度区分 |  |
|--------|--|

|                   |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |  |  |
|-------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|--|--|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 管理結果 |  | 管理結果額 |  |  |  |  |
|                   | 事業所名称   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |  |  |

|            |  |  |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |      |  |  |      |  |  |
|------------|--|--|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|------|--|--|------|--|--|
| サービス<br>種別 |  |  | 開始年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 終了年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 入院日数 |  |  | 外泊日数 |  |  |
|            |  |  | 開始年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 終了年月日 | 平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 入院日数 |  |  | 外泊日数 |  |  |

[illegible]

|                |          |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |
|----------------|----------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|
| 日中介護等<br>支援加算欄 | 日中活動先事業所 | 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 当該事業所への通所日数 |  |  |  |
|                |          | 事業所名称   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |

[illegible]

|     |           |        |     |  |  |  |
|-----|-----------|--------|-----|--|--|--|
| 助成金 | 請求先都道府県番号 | サービス種別 | 請求額 |  |  |  |
|     |           |        |     |  |  |  |

| 特定障害者特別給付費 |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| 給付費請求額     |  |  |  |  | 実費算定額 |  |  |  |  |
|            |  |  |  |  |       |  |  |  |  |

|  |  |    |  |  |    |
|--|--|----|--|--|----|
|  |  | 枚中 |  |  | 枚目 |
|--|--|----|--|--|----|