

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

| | | |
|-------|--------------|---|
| 請求事業者 | 指定事業所番号 | |
| | 住 所 (所在地) | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 名 称 | |
| | 職・氏名 | |

下記のとおり請求します。

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

| | | | | | | | | | |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | | | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分 | | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 給付費 請求額 | 利用者 負担額 | 自治体 助成額 |
|---------------|--|----|-----|------|------------|------------|------------|
| 介護給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 訓練等給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 支援給付費 地域相談 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 特定障害者特別給付費 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

(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、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、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 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 | | | | | | | | | | |
| | | 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 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 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]

| 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 |
|--|--|----|--|--|----|

(様式第三)

訓練等給付費等明細書

(共同生活援助)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 市町村番号 | | | | | | | | | | 平成 | | | | | | | | | | 年 | | | | | | | | | | 月分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 指定事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 事業者及びその事業所の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 地域区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額 ① | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 障害支援区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限額 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 | | | | | | | | | | サービス内容 | | | | | | | | | | サービスコード | | | | | | | | | | 単位数 | | | | | | | | | | 回数 | | | | | | | | | | サービス単位 | | | | | | | | | | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日中介護等 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | | | | | | | | | サービス種類コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | サービス利用日数 | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 給付単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 単位数単価 | | | | | | | | | | 円/単位 | | | | | | | | | | 円/単位 | | | | | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 1割相当額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 利用者負担額② | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 上限月額調整①②の内少ない数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 調整後利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 上限額管理後利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 決定利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 請求額 | | | | | | | | | | 給付費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定障害者特別給付費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費請求額 | | | | | | | | | | 実費算定額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(様式第四)

計画相談支援給付費 請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

下記のとおり請求します。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 指定事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 (所在地) | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | 職・氏名 | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|------|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分 | 件数 | 地域区分 | | | | | | |
|--------|----|------|--|-------|--|--|--|------|
| 計画相談支援 | | | | 単位数単価 | | | | 円/単位 |

| 項番 | 支給決定障害者等 | | | | | | | | | | | | 請求額計算欄 | | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|------|----|---------|-----|----|--|-----|--|--|--|--|---|--|--|---|
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | | | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 小計 | | | | | | | | | | 円 |

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

(様式第五)

地域相談支援給付費明細書

| | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|
| 市町村番号 | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | |
| 支給決定障害者氏名 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| | 地域区分 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|------|--|--|--|--|
| サービス種別 | | 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 終了年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | | | | |
| | | 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 終了年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | | | | |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 摘要 |
|--------|--------|---------|-----|----|---------|----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------|--|--|---|------|--|---|------|----|---|---|---|---|---|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード | | | | | | | | 合計 | | | | | |
| | サービス利用日数 | | | 日 | | | 日 | | | | | | | |
| | 給付単位数 | | | | | | | | | | | | | |
| | 単位数単価 | | | | 円/単位 | | | 円/単位 | / | / | / | / | / | / |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | |
| | 給付費請求額 | | | | | | | | | | | | | |

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

特例介護給付費・特例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、短期入所、生活介護、自立訓練、就労継続支援)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|---|--|----|--|
| 市町村番号 | | | | | | 平成 | | | | | | 年 | | 月分 | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 登録事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業者及びその事業所の名称 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 地域区分 | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|--|
| 利用者負担上限額 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 | | | | |
| | | 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 終了年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|---------|--|--|--|--|-----|--|--|--|----|---------|--|--|--|----|--|--|--|--|--|
| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | | | | | 単位数 | | | | 回数 | サービス単位数 | | | | 摘要 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------|-------------|--|---|------|--|---|--|------|---|--|--|------|--|--|--|------|----|---|---|---|---|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | |
| | サービス利用日数 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | | | | | | | |
| | 給付単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 単位数単価 | | | | 円/単位 | | | | 円/単位 | | | | 円/単位 | | | | 円/単位 | / | / | / | / | / |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1割相当額 | | | | | | | | | | | | | | | | | / | / | / | / | / |
| | 利用者負担額② | | | | | | | | | | | | | | | | | / | / | / | / | / |
| | 上限月額調整(①②の内少ない数) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 調整後利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上限額管理後利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 決定利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 請求額 | 給付費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 高額障害福祉サービス費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

(様式第九)

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

下記のとおり請求します。

| | | |
|-------|--------------|---|
| 請求事業者 | 登録事業所番号 | |
| | 住 所 (所在地) | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 名 称 | |
| | 職・氏名 | |

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

| | | | | | | | | | |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | | | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分 | | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 給付費 請求額 | 利用者 負担額 | 自治体 助成分 |
|-------------|--|----|-----|------|------------|------------|------------|
| 特例介護給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 特例訓練等給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 高額障害福祉サービス費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

(様式第十)

特例計画相談支援給付費 請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

下記のとおり請求します。

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 登録事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 (所在地) | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | 職・氏名 | | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|------|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分 | 件数 | 地域区分 | | | | | |
|--------|----|-------|--|--|--|------|--|
| 計画相談支援 | | 単位数単価 | | | | 円/単位 | |

| 項番 | 支給決定障害者等 | | | | | | | | | | 請求額計算欄 | | | | | | | | | | | | |
|----|----------|----|--|--|---|--|--|---|--|---|--------|--|---------|--|--|-----|--|--|-----|--|---|--|---|
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | | | 単位数 | | | 請求額 | | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | | 円 | | |
| | | | | | | | | | | | | | 小計 | | | | | | | | | | 円 |

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

(様式第一)

障害児通所給付費・入所給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

請求事業者

指定事業所番号

住所
(所在地)

電話番号

名称

職・氏名

下記のとおり請求します。

平成

年

月分

請求金額

百万

千

四

| 区 分 | | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 給付費 請求額 | 利用者 負担額 | 自治体 助成額 |
|---------------|--|----|-----|------|------------|------------|------------|
| 通所給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 入所給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 特定入所障害児食費等給付費 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

| | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|
| 都道府県等番号 | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | |

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

| | | | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | |
| 給付決定保護者氏名 | | | | | | | | | |
| 給付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 | | | | | | | | |
| | | 地域区分 | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|--|--|
| 利用者負担上限額 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 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 | | |

[illegible][illegible]

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--|--|--|----|--|--------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 特定入所障害児 食費等給付費 | 算定日額 | | | | 日数 | | 給付費請求額 | | | | 実費算定額 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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

(様式第三)

障害児相談支援給付費 請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

下記のとおり請求します。

| | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 指定事業所番号 | | | | | | | | | |
| | 住 所 (所在地) | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | |
| | 職・氏名 | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|------|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分 | 件数 | | 地域区分 | | | | | |
|---------|----|--|-------|--|--|--|------|--|
| 障害児相談支援 | | | 単位数単価 | | | | 円/単位 | |

| 項番 | 給付決定保護者 | | | | | | | | | | 請求額計算欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|---|
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | サービスコード | | | | | | | 単位数 | | | | | | | 請求額 | | | | | | | 円 |
| | モニタリング日 | 平成 | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

(様式第四)

特例障害児通所給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

請求事業者

登録事業所番号

三

住所
(所在地)

電話番号

名称

職・氏名

下記のとおり請求します。

平成

年

月分

請求金額

百万

千

[illegible]

| 区 分 | | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 給付費 請求額 | 利用者 負担額 | 自治体 助成額 |
|------------|--|----|-----|------|------------|------------|------------|
| 特例障害児通所給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 高額障害児通所給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

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

平成 年 月分

| | | | | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | |
| 通所給付決定保護者氏名 | | | | | | | | | | |
| 通所給付決定に係る障害児氏名 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|---------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 登録事業所番号 | | | | | | | | | |
| | 事業者及びその事業所の名称 | | | | | | | | | |
| | | 地域区分 | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 利用者負担上限額 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 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 | | | | |
| | | | 開始年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 終了年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 利用日数 | | | | |

[illegible][illegible]

(様式第六)

特例障害児相談支援給付費 請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

下記のとおり請求します。

| | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 登録事業所番号 | | | | | | | | | | |
| | 住 所 (所在地) | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | | | | | |
| | 職・氏名 | | | | | | | | | | |

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

| | | | | | | | |
|------|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|----|--|--|---|--|--|---|

| | | | | | | | |
|---------|----|-------|--|--|--|------|--|
| 区 分 | 件数 | 地域区分 | | | | | |
| 障害児相談支援 | | 単位数単価 | | | | 円/単位 | |

| 項番 | 給付決定保護者 | | | | | | | | | | 請求額計算欄 | | | | | | | | | |
|----|---------|----|--|--|---|--|--|---|--|---|--------|--|---------|-----|--|--|-----|--|--|---|
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | 受給者証番号 | | | | | | | | | | フリガナ | | サービスコード | 単位数 | | | 請求額 | | | |
| | モニタリング日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | 日 | 氏名 | | | | | | | | | 円 |
| | | | | | | | | | | | | | 小計 | | | | | | | |

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