

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

■旧様式からの変更点
・【特別対策費請求額】欄を削除。

平成 年 月 日

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	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							

【特別対策費請求額】欄を削除

(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								平成			年			月分	
助成自治体番号															

受給者証番号										請求事業者	事業者及び その事業所 の名称					
支給決定障害者等 氏名									地域区分							
支給決定に係る 障害児氏名									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							

(様式第三)

訓練等給付費等明細書

(共同生活援助)

[illegible]

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														

[illegible]

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		

	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
給付費明細欄	<p>■旧様式からの変更点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・帳票タイトルを「介護給付費・訓練等給付費等明細書」から「訓練等給付費等明細書」に変更。 ・対象サービスから、「共同生活介護」を削除。 ・項目名称を「障害程度区分」から「障害支援区分」に変更。 ・【請求額集計】欄の「請求額 特別対策費」行を削除。 					

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																			

「請求額 特別対策費」行を削除

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																	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																	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								

[illegible][illegible][illegible]

		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												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													
支給決定障害者等氏名																									
支給決定に係る障害児氏名																									
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				
	■旧様式からの変更点 ・【請求額集計】欄の「請求額 特別対策費」行を削除。																								
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																							
「請求額 特別対策費」行を削除																				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)

■旧様式からの変更点
・【特別対策費請求額】欄を削除。

殿

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	

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							

【特別対策費請求額】欄を削除

(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														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														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)

- 旧様式からの変更点
- ・【特別対策費請求額】欄を削除。

殿

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
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							

【特別対策費請求額】欄を削除

(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			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							円
	モニタリング日	平成											障害児支援利用援助の場合は計画作成日、 継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日を記載する。																			円	
	受給者証番号														サービスコード						単位数						請求額						
	モニタリング日	平成																														円	
	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				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							円
	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							円
	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							円
	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							円
	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							円
	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							円
	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							円
	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							円
	モニタリング日	平成				年			月			日	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)

■旧様式からの変更点

・【特別対策費請求額】欄を削除。

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

4

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							

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

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				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														円								
	受給者証番号													サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成														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				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				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				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				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				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				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				氏名				円								
														小計					円					