

(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

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 事業所名称 管理結果 管理結果額

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

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, 概要

請求額集計欄: サービス種類コード, サービス利用日数, 給付単位数, 単位数単価, 総費用額, 1割相当額, 利用者負担額②, A型減免, 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 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
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

指定事業所番号
請求事業者
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 事業所名称
管理結果 管理結果額

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

Table with 6 columns: 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. Includes a vertical label '給付費明細欄'.

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
事業所名称
当該事業所への通所日数

Table for '請求額集計欄' with rows for 合計, 給付単位数, 単位数単価, 総費用額, 1割相当額, 利用者負担額②, 調整後利用者負担額, 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		
													小計				円

(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		
----	--	---	--	---	--	--

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			

	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
給付費明細欄						

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
--	----	--	----

(様式第六)

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
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

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
事業所名称
管理結果
管理結果額

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

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
サービス利用日数
給付単位数
単位数単価
総費用額
1割相当額
利用者負担額②
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
合計

(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

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							

(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)

下記のとおり請求します。

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													

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	
													小計				円

(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			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							

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

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
事業所名称
管理結果
管理結果額

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

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
サービス利用日数
給付単位数
単位数単価
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
合計

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

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			
	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

(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	:	:	:	:	:	:	:	:
	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
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						

特例障害児通所給付費等明細書

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									
	事業所名称									
	管理結果									
	管理結果額									

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									
	高額障害児通所給付費										
自治体助成分請求額											

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					円