

(様式第一)

障害児通所給付費・入所給付費等請求書

令和 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	特別対策費 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					

令和			年			月		
----	--	--	---	--	--	---	--	--

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

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	令和	年	月	日	終了年月日	令和	年	月	日	利用日数	入院日数

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

サービス種類コード													合計
サービス利用日数		日		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		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												
	特別対策費												
自治体助成分請求額													

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