

(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	特別対策費 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

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				日				
	給付単位数													
	単位数単価	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)													
	A型減免	事業者減免額												
		減免後利用者負担額												
	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)

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											
	地域区分											

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

障害程度区分	
--------	--

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	
	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

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												

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															
	給付費請求額															
	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		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		

	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										

(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
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
給付費
高額障害福祉サービス費
特別対策費
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	特別対策費 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																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																									円																										
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																											円																								
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																												円																							
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																													円																						
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																														円																					
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																														円																					
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																															円																				
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										氏名																															円																				
	受給者証番号											フリガナ																																																			
	モニタリング日	平成										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			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								

(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									
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	特別対策費 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							

