

(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									

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
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし					

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																			
	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