

(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、就労定着支援、自立生活援助)

市町村番号 助成自治体番号

令和 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 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 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日 利用日数 入院日数

給付費明細欄 表頭: 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 表頭: 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), 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), 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