（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						

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										

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	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	入院日数			外泊日数		
			開始年月日	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	入院日数			外泊日数		

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					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												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						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