

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									

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

灾害程度区分	
--------	--

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号										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		

[illegible]

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													

[illegible]

助成金	請求先都道府県番号	サービス種別	請求額			

特定障害者特別給付費									
給付費請求額					実費算定額				