

(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	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

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

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

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 調整後利用者負担額 決定利用者負担額 請求額 給付費

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											

請求事業者	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			
	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

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		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		自治体助成分請求額		合計
	日	日			円/単位	円/単位	円/単位	円/単位																	

(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	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		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

(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	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							

(様式第二)

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号, 助成自治体番号

平成, 年, 月分

受給者証番号, 給付決定保護者氏名, 給付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

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, 入院日数

Main table with columns: 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 table with rows for various amounts like 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, etc.

特定入所障害児食費等給付費, 算定日額, 日数, 給付費請求額, 実費算定額

枚中, 枚目

# 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		
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	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						

### 特例障害児通所給付費等明細書

市町村番号							
助成自治体番号							

平成		年		月		分
----	--	---	--	---	--	---

受給者証番号												
通所給付決定保護者氏名												
通所給付決定に係る障害児氏名												

請求事業者	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				
	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			日			日			日			日			日							
	給付単位数																						
	単位数単価			円/単位			円/単位			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)																						
	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																					
	高額障害児通所給付費																						
自治体助成分請求額																							

特例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	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							
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									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									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									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									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									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									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									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									氏名					円	
													小計				円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----