

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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。

令和			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、就労定着支援、自立生活援助)

市町村番号						
助成自治体番号						

[illegible]

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					
	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	利用日数		入院日数		
			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		
			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		

[illegible][illegible]

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			

枚目

(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									

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		

[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]

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

(様式第四)

計画相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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												

令和			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		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和														円
	受給者証番号												単位数	請求額		
	モニタリング日	令和														円
	受給者証番号												単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名					円
													小計			円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第五)

地域相談支援給付費明細書

市町村番号						
-------	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号																			
支給決定障害者氏名																			

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								

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						
			開始年月日	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数						

[illegible]

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																
	給付費請求額																

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第六)

計画相談支援給付費明細書

市町村番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
支給決定障害者等氏名												

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											

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
	■旧様式からの変更点 ・様式変更なし					

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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。

令和			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

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

求
事
業
者

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。

令和 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		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和														円
	受給者証番号												単位数	請求額		
	モニタリング日	令和														円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額		
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名							円
													小計			円

サービス利用支援の場合は計画作成日、
継続サービス利用支援の場合はモニタリング日
を記載する。

枚中 枚目

特例計画相談支援給付費明細書

市町村番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
支給決定障害者等氏名												

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											

	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	
給付費明細欄	■旧様式からの変更点 ・様式変更なし														

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										令和				年			月分											
助成自治体番号																												
受給者証番号										請求事業者	登録事業所番号																	
支給決定障害者等氏名											事業者及びその事業所の名称																	
支給決定に係る障害児氏名													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									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	利用日数						
		開始年月日	令和			年			月		日	終了年月日	令和			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																		合計									
	サービス利用日数		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				/													
	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																										
高額障害福祉サービス費																												
自治体助成分請求額																												

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

枚中枚目

(様式第一)

障害児通所給付費・入所給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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。

令和			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							

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							

令和			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	指定事業所番号	請求	地域区分

■旧様式からの変更点
・注釈の記載を追加

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															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	利用日数		入院日数	
	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	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																	合計
	サービス利用日数			日			日			日			日					
	給付単位数																	
	単位数単価				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																
自治体助成分請求額																		

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
--	----	--	----

注. 当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合であっても、「利用者負担上限月額①」欄には、当該給付決定に係る障害児が無償化対象期間外であるものとして算定した利用者負担上限月額を記入することとする。

障害児相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

下記のとおり請求します。

事業 者	指定事業所番号												
	主 所 (所在地)												
	電話番号												
	名 称												
	職・氏名												

令和			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		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和									氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和									氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
	受給者証番号										フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	令和		年		月		日			氏名			円			
													小計				円

(様式第四)

障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
給付決定保護者氏名												

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											

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
	■旧様式からの変更点 ・様式変更なし													

注. 当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合であっても、「利用者負担上限月額①」欄には、当該給付決定に係る障害児が無償化対象期間外であるものとして算定した利用者負担上限月額を記入することとする。

特例障害児相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点

- ・様式変更なし

下記のとおり請求します。

事業者	登録事業所番号										
	主 所 (所在地)										
	電話番号										
	名 称										
	職・氏名										

令和			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			

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			単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和															円		
	受給者証番号													単位数	請求額				
	モニタリング日	令和															円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
	受給者証番号									フリガナ				単位数	請求額				
	モニタリング日	令和		年		月		日	氏名								円		
														小計					円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第七)

特例障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
給付決定保護者氏名												

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											

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
	■旧様式からの変更点 ・様式変更なし					

(様式第八)

特例障害児通所給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

下記のとおり請求します。

請 求 先	登録事業所番号	
	住 所 (所在地)	〒
	職・氏名	

令和			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							