

(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		
----	--	--	---	--	--	---	--	--

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											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	利用日数		入院日数	
	開始年月日	平成		年		月		日	終了年月日	平成		年		月		日	利用日数		入院日数	

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