（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						

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										
	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					
	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		
			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																								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)																													
	A型減免 事業者減免額																													
	A型減免 減免後利用者負担額																													
	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	算定日額				日数		給付費請求額					実費算定額				

		枚中			枚目