

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

指定事業所番号													
請求													
給付決定に係る障害児氏名											地域区分		

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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

利用者負担上限額	指定事業所番号									管理結果	管理結果額				
管理事業所	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	概要

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	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	合計
	日	日	日	日	日	日								
			円/単位	円/単位	円/単位	円/単位								

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