

(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										
	地域区分										

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										
	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	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	

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位	摘要
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>■旧様式からの変更点 ・様式変更なし</p> </div>					

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									
		事業所名称									
				当該事業所への通所日数							

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												
	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													

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額