

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書(案)

平成 年 月 日

■旧様式からの変更点

- ・【地域相談支援給付費】欄を追加。
- ・【処遇改善助成金】欄を削除。

殿

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	

平成			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	特別対策費 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								

「地域相談支援給付費」欄を追加

「処遇改善助成金」欄を削除

(様式第二)

介護給付費・訓練等給付費等明細書(案)

(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)

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第三)

介護給付費・訓練等給付費等明細書(案)

(共同生活介護、共同生活援助)

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								

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

障害程度区分	
--------	--

[illegible]

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	入院日数			外泊日数		
			開始年月日	平成			年			月			日	終了年月日	平成			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
給付費明細欄	<p>■旧様式からの変更点</p> <ul style="list-style-type: none"> -【請求額集計】欄について、以下を変更。 ① 「給付率」行を削除。 ② 「給付率に基づく請求額」行を「1割相当額」行に変更。 ③ 「給付率に基づく利用者負担額②」行を「利用者負担額②」行に変更。 					

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]

「給付率」行を削除

名称変更及び設定内容の変更

「1割相当額」及び「利用者負担額②」の設定について

「1割相当額」＝「総費用額×10%」の値を設定。

「利用者負担額②」＝1割相当額を設定。

ただし、法第三十一条が適用された受給者の場合、「法第三十一条に基づく市町村が定める額」もしくは「1割相当額」のうち小さい額を設定。

「助成金」欄を削除

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)

新規作成

計画相談支援給付費 請求書(案)

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

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										

平成			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		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成			年			月			日	氏名											円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額							
	モニタリング日	平成																					円	

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第五)

新規作成

地域相談支援給付費明細書(案)

市町村番号						
-------	--	--	--	--	--	--

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

[illegible][illegible]

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(案)

(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							平成			年			月分
助成自治体番号													

受給者証番号										請求事業者	事業者及びその事業所の名称	「児童デイサービス」を削除	
支給決定障害者等氏名												地域区分	
支給決定に係る障害児氏名													

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

	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
給付費明細欄	■旧様式からの変更点 ・対象サービスから、「児童デイサービス」を削除。 ・帳票タイトルの誤りを修正。 「特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書」→「特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書」 ・【請求額集計】欄について、以下を変更。 ① 「給付率」行を削除。 ② 「給付率に基づく請求額」行を「1割相当額」行に変更。 ③ 「給付率に基づく利用者負担額②」行を「利用者負担額②」行に変更。					

サービス種類コード												合計		
サービス利用日数		日		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													
	高額療養費													
	特別対策費													
自治体助成分請求額														
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 名称変更及び設定内容の変更 </div>														
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 「助成金」欄を削除 </div>														
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>「1割相当額」及び「利用者負担額②」の設定について</p> <p>「1割相当額」＝「総費用額×10%」の値を設定。 「利用者負担額②」＝1割相当額を設定。</p> <p>ただし、法第三十一条が適用された受給者の場合、 「法第三十一条に基づく市町村が定める額」もしくは 「1割相当額」のうち小さい額を設定。</p> </div>														

(様式第九)

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書(案)

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・【処遇改善助成金】欄を削除。

殿

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。

平成			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	特別対策費 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								

「処遇改善助成金」欄を削除

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

新規作成

平成 年 月 日

殿

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									

平成 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		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
	受給者証番号												フリガナ		サービスコード	単位数	請求額								
	モニタリング日	平成											氏名				円								
													小計						円						

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

