

(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

(請 求 先)

殿

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	

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								

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

[illegible]

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								

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

障害程度区分	
--------	--

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	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		

[illegible]

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]

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)

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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			年			月			日	氏名												円		
															小計											

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第五)

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				

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							
	給付単位数														
	単位数単価					円/単位				円/単位	/	/	/	/	/
	総費用額														
	給付費請求額														

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第六)

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						
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	登録事業所番号									
	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				
			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
--	--	----	--	--	----

(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)

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								

(様式第十)

特例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	登録事業所番号									
	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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			年			月			日	氏名												円	
															小計								円		

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第一)

障害児通所給付費・入所給付費等請求書(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	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
通 所 給 付 費								
入 所 給 付 費								
小 計								
特定入所障害児食費等給付費								
合 計								

枚目

障害児相談支援給付費 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										
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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			年			月			日	氏名												円
														小計										円

(様式第四)

特例障害児通所給付費等請求書(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	登録事業所番号	
	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
特例 障害児 通所給 付費								
小 計								
高額 障害児 通所給 付費								
小 計								
合 計								

特例障害児相談支援給付費 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	登録事業所番号												
	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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			年			月			日	氏名												円
																		小計						円