

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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	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

(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								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	「自立生活援助」を追加			
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													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		

[illegible][illegible]

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							

(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						

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									

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											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		

	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						

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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													

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				

(様式第四)

計画相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

- 旧様式からの変更点
- ・【サービスコード】欄を削除

・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

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		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		単位数	請求額		
	モニタリング日	平成														円
	受給者証番号												単位数	請求額		
	モニタリング日	平成														円
	受給者証番号												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		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		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		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		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
--	--	----	--	--	----

(様式第五)

地域相談支援給付費明細書

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]

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)

計画相談支援給付費明細書

市町村番号						
-------	--	--	--	--	--	--

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受 給 者 証 番 号										
支給決定障害者等 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								

[illegible]

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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	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

平成 年 月 日

(請 求 先)

- 旧様式からの変更点
- ・【サービスコード】欄を削除
 - ・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

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		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		単位数	請求額		
	モニタリング日	平成														円
	受給者証番号												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		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		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		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		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		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		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
--	--	----	--	--	----

特例計画相談支援給付費明細書

市町村番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
支給決定障害者等氏名												

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											

	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	■新規様式(様式第十一) ・特例計画相談支援給付費明細書														

特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書

(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]

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		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		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																		
高額障害福祉サービス費																				
自治体助成分請求額																				

		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

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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	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

平成 年 月 日

(請 求 先)

- 旧様式からの変更点
- ・【サービスコード】欄を削除

・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

事業 者	指定事業所番号													
	主 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		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		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		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		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		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		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		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		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		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)

障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
給付決定保護者氏名												

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											

	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	■新規様式(様式第四)														
	・障害児相談支援給付費明細書														

市町村番号						
助成自治体番号						

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号										
通所給付決定保護者氏名										
通所給付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									

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]

特例障害児相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点

- ・【サービスコード】欄を削除
- ・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

事業者	登録事業所番号											
	主 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			

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		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		単位数	請求額					
	モニタリング日	平成																		円		
	受給者証番号														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		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		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		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		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		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		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		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		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
--	--	----	--	--	----

(様式第七)

特例障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号												
給付決定保護者氏名												

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											

	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	■新規様式(様式第七) ・特例障害児相談支援給付費明細書														
				</											

(様式第八)

特例障害児通所給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式番号を「様式第四」から「様式第八」へ変更

下記のとおり請求します。

請 求 先	登録事業所番号	
	住 所 (所在地)	〒
	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	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							