

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

■旧様式からの変更点
・【特別対策費請求額】欄を削除。

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	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							

【特別対策費請求額】欄を削除

(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)

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 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 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 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 摘要 旧様式からの変更点

請求額集計欄 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) A型減免 事業者減免額 減免後利用者負担額 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 算定日額 日数 給付費請求額 実費算定額

枚中 枚目

(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		平成		年		月分
助成自治体番号	帳票タイトルを「訓練等給付費等明細書」に変更					

受給者証番号		請求事業者	指定事業所番号	
支給決定障害者等氏名		事業者及びその事業所の名称	「共同生活介護」を削除	
支給決定に係る障害児氏名			地域区分	項目名称を「障害支援区分」に変更

利用者負担上限月額 ①		障害支援区分	
-------------	--	--------	--

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	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
旧様式からの変更点 <ul style="list-style-type: none"> ・帳票タイトルを「介護給付費・訓練等給付費等明細書」から「訓練等給付費等明細書」に変更。 ・対象サービスから、「共同生活介護」を削除。 ・項目名称を「障害程度区分」から「障害支援区分」に変更。 ・【請求額集計】欄の「請求額 特別対策費」行を削除。 					

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					

「請求額 特別対策費」行を削除

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額

(様式第九)

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
・【特別対策費請求額】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	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						

【特別対策費請求額】欄を削除

(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
- ・【特別対策費請求額】欄を削除。

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	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							

【特別対策費請求額】欄を削除

(様式第四)

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
- ・【特別対策費請求額】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	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						

【特別対策費請求額】欄を削除

