

(様式第二)

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号							
助成自治体番号							

令和		年		月分
----	--	---	--	----

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

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	令和	年	月	日	終了年月日	令和	年	月	日	利用日数	入院日数
	開始年月日	令和	年	月	日	終了年月日	令和	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

サービス種類コード	日	日	日	日	合計
サービス利用日数					
給付単位数					
単位数単価	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				
自治体助成分請求額					

特定入所障害児食費等給付費	算定日額	日数	給付費請求額	実費算定額	枚中	枚目

注. 当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合は、「利用者負担上限月額①」欄は空欄のままとする。