

(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												

	指定事業所番号	「就労定着支援」及び「自立生活援助」を追加										
請求事業者	事業者及びその事業所の名称											
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												
	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						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

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
<b>■旧様式からの変更点</b> ・対象サービスに「就労定着支援」及び「自立生活援助」を追加 ・【給付費明細欄】の「回数」の桁数を2桁から3桁へ変更					

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)	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	請求額	給付費	自治体助成分請求額	合計	
	日		円/単位																

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								
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
<b>■旧様式からの変更点</b> ・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。

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					

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														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														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

サービス利用支援の場合は計画作成日、  
 継続サービス利用支援の場合はモニタリング日  
 を記載する。

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												

	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	<div style="border: 2px solid red; background-color: #e0f7fa; padding: 5px;"> <p>■新規様式(様式第六) ・計画相談支援給付費明細書</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

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)

登録事業所番号														
求 事 業 者	住所 所在地)													
	電話番号													
	名称													
	職・氏名													

■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。

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											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										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										氏名					円
											小計				円		

サービス利用支援の場合は計画作成日、  
 継続サービス利用支援の場合はモニタリング日  
 を記載する。

		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							



# 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。

指定事業所番号	
事業所 (所在地)	
事業者 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		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

障害児支援利用援助の場合は計画作成日、  
継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日  
を記載する。





## 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

下記のとおり請求します。

事業者	登録事業所番号																
	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			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	

障害児支援利用援助の場合は計画作成日、  
継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日  
を記載する。





(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 )

殿 請

■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

登録事業所番号	
住所 (所在地)	〒
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						