（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							
地域相談支援給付費							
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）

「就労定着支援」及び
「自立生活援助」を追加

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		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

■旧様式からの変更点
・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	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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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

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	摘要

■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

（様式第四－一（仮））

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

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
	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

（様式第四－二（仮））

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	

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

■新規様式（様式第四－二（仮））
・計画相談支援給付費明細書

		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				

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

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

地域移行支援

地域定着支援

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

（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	

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

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

| 請求額集計欄 | | | | | |

（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							

（様式第十一（仮））

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

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		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
														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

（様式第十一二（仮））

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		
		地域区分	

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

■新規様式（様式第十一二（仮））
・特例計画相談支援給付費明細書

		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
障害児通所給付費							
障害児入所給付費							
小　計							
特定入所障害児食費等給付費							
合　計							

（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						

平成			年			月分

請求	指定事業所番号										

（様式第三－一（仮））

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	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													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
														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。

		枚中		枚目

（様式第三－二（仮））

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		
		地域区分	

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

■新規様式（様式第三－二（仮））
・障害児相談支援給付費明細書

	枚中		枚目

（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 ）

殿

請	登録事業所番号	
	住 所 （所在地）	〒
	号	
	職・氏名	

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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							

（様式第五）

特例障害児通所給付費等明細書

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										
		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					

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

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

| 請求額集計欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（様式第六－一（仮））

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。

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		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
														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。

		枚中		枚目

（様式第六ー二（仮））

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		
		地域区分	

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

■新規様式（様式第六ー二（仮））
・特例障害児相談支援給付費明細書

		枚中			枚目