様式第三を次のように改める。

（様式第三）

介護給付費・訓練等給付費等明細書

（共同生活介護、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						

障害程度区分	

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

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																		合計
サービス種類コード																		
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						
給付率					／100							／100						
総費用額																		
給付率に基づく	請求額																	
	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																	
	特別対策費																	
自治体助成分請求額																		

助成金	請求先都道府県番号								サービス種類		請求額						

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額