様式第二（附則第三条第二項関係）

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											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		

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

サービス種類コード																								合計					
サービス利用日数			日						日						日						日									
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)																													
A型減免 事業者減免額																													
A型減免 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 特別対策費																													
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