様式第三（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

（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	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																		
	給付費請求額																		
	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