様式第五（附則第三条第四項関係）

様式第四の次に次の様式を加える。

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

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