様式第二（附則第三条第二項関係）

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号							平成		年	月分
助成自治体番号										

受給者証番号	
給付決定保護者氏名	
給付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	

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	

	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
給付費明細欄						

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)						
	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						

特定入所障害児食費等給付費	算定日額	日数	給付費請求額	実費算定額

	枚中		枚目