様式第二を次のように改める。

（様式第二）

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号						
助成自治体番号						

令和			年			月分

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	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数			入院日数		
			開始年月日	令和			年			月			日	終了年月日	令和			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）																												
	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																											
	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

注．当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令（昭和23年政令第74号）第24条第３号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の２第３号に定める無償化対象入所児童である場合は、「利用者負担上限月額①」欄は空欄のままとする。