

千葉市地域生活支援給付費明細書

年

月分

受給者証番号		事業所番号	
支給決定障害者等氏名		請求事業者 事業者及びその事業所の名称	
支給決定に係る障害児氏名			
上限額管理対象者該当	有・無		
障害福祉サービスとの負担額の合算	有・無		
当月上限額管理対象者該当	有・無		地域区分

利用者負担上限月額

利用者負担上限額 管理事業所	事業所番号	管理結果	管理結果額
	事業所名称		

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	適要

請求額集計欄	サービス種類コード					合計
	サービス実日数	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	//	
給付率	/100	/100	/100	/100	//	
総費用額						
給付率に基づく	請求額				//	
	利用者負担額				//	
上限月額調整(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						
市請求額	本体報酬					
	上限額管理					

枚中

枚目

受給者証番号		支給決定障害者氏名		事業所番号	6
契約支給量				事業者及びその事業所	

実施日		開始時間	入浴方法		中止の理由	サービス提供者印	利用者確認印	備考
日付	曜日	終了時間	実施	中止				
					1 本人の都合			
					2 身体状況			
					3 その他			
					1 本人の都合			
					2 身体状況			
					3 その他			
					1 本人の都合			
					2 身体状況			
					3 その他			
合計								

平成 年 月分

日中一時支援(日中預かり型)サービス提供実績記録票

様式3 - 3

受給者証番号		支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)		事業所番号	6
契約支給量				事業者及びその事業所	

実施日		開始時間	終了時間	算定時間数	食事提供加算	利用者確認印	備考
日付	曜日						
合計				時間	回		

千葉市地域生活支援給付
利用者負担上限額管理結果票

様式4 - 1

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	
障害福祉サービスとの負担額の合算	有・無
障害福祉サービスの受給者証番号	

事業所番号	
事業者 事業者及びその事業所の名称	

利用者負担上限月額

利用者負担上限額管理結果

- 1 障害福祉サービス又は管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番	-																		
	事業所番号	障害福祉サービス																		
	事業所名称																			
	総費用額																			
	利用者負担額																			
	管理結果後利用者負担額																			

利用者負担額集計・調整欄	項番																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			
	総費用額																			
	利用者負担額																			
	管理結果後利用者負担額																			

上記の内容について確認しました。
年 月 日
支給決定障害者等氏名

印

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生年月日	
		明・大・昭・平 年 月 日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
<p>上記の者より、年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称 (事業所番号)</p> <p style="text-align: right;">印</p>			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	
事業所を変更する場合は必ず記入してください。		平成 年 月 日	
変更前の事業所への連絡(済 未)			
(提出先)			
千葉市長			
<p>上記の事業所に利用者負担上限額管理を依頼することを届出します。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p>氏名</p>			
千葉市 確認欄			

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、千葉市へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、千葉市へ提出してください。
- この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者みなし登録届出書

平成 年 月 日

(あて先)

千葉県長

(届出者)

所在地

名称

代表者職氏名

次のとおり届け出ます。

みなし登録の対象となる障害者自立支援法による指定事業所等	サービスの種類		事業所番号	
	事業所名称			
千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱において既に登録を受けている場合	サービスの種類		事業所番号	
連絡先	電話番号		FAX番号	

(備考)

「千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱において既に登録を受けている場合」欄には、千葉県において既に事業所登録を受け、番号が付番されており、同一事業所番号による管理が可能な場合はその事業所に関する事項を記載してください。