

請求関係	請求書・明細書	1	介護給付費・訓練等給付費請求書
		2	介護給付費・訓練等給付費等明細書(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援 自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)
		3	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)
		4	サービス利用計画作成費請求書
		5	特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書
		6	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、児童デイサービス、生活介護、自立訓練、就労継続支援)
		7	療養介護医療費請求書
		8	サービス提供証明書
	サービス提供実績記録票	1	居宅介護サービス提供実績記録票
		2-1	重度訪問介護サービス提供実績記録票
		2-2	重度訪問介護サービス提供実績記録票
		3	同行援護サービス提供実績記録票
		4	行動援護サービス提供実績記録票
		5	重度障害者等包括支援サービス提供実績記録票
		6	児童デイサービス提供実績記録票
		7	短期入所サービス提供実績記録票
		8	生活介護サービス提供実績記録票
		9	共同生活介護サービス提供実績記録票
		10	施設入所支援提供実績記録票
		11	旧法施設支援(入所)提供実績記録票
		12	旧法施設支援(通勤寮)提供実績記録票
		13	旧法施設支援(通所)提供実績記録票
		14	自立訓練(機能訓練)サービス提供実績記録票
		15	自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票
		16	宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票
		17	就労移行支援提供実績記録票
		18	就労継続支援提供実績記録票
	19	共同生活援助サービス提供実績記録票	
	上限額管理関係	1	利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書
2		利用者負担上限額管理結果票	
3		利用者負担額一覧表	

## 介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成      年      月      日

( 請 求 先 )

殿

請求事業者	指定事業所番号	〒
	住 所 (所在地)	
	電話番号	
	名 称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

区 分	件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成額
介護給付費							
訓練等給付費							
小 計							
特定障害者特別給付費		/			/	/	
合 計							



### 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							

	指定事業所番号						
請求事業者	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	//
	給付率		/100		/100	//
	総費用額					//
	給付率に基づく	請求額				//
		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						

助成金	請求先都道府県番号	サービス種別	請求額		

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額



# 特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

殿

請求事業者	登録事業所番号	〒
	住所 (所在地)	
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

	区 分	件数	単位数	費用合計	介護給付費等 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成分
特例介護給付費								
特例訓練等給付費								
	小 計							
高額障害福祉サービス費			/	/		/	/	/
			/	/		/	/	/
			/	/		/	/	/
	小 計							
	合 計							



(様式第七)

# 療養介護医療費請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

殿

請求事業者	指定事業所番号	
	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

受給者証番号																				
支給決定障害者氏名																				

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額(C)			百万			千			円
区 分	食事の標準負担額 (A)		利用者負担額 (B)			市町村請求額 (C) = (A) - (B)			





















平成 年 月分

### 生活介護サービス提供実績記録票

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
		事業者及び その事業所
契約支給量		

日付	曜日	サービス提供実績				利用者 確認印	備考
		開始時間	終了時間	訪問支援加算 時間数	食事提供 加算		
合計				回	回		

初期加算	利用開始日	年 月 日	30日目	年 月 日	当月算定日数	日	
						枚中	枚



平成 年 月分

施設入所支援提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者等氏名		事業所番号	
補足給付適用の有無		補足給付額(日額)	円/日	事業者及びその事業所	

日付	曜日	支援実績			実費算定額				利用者確認印	備考	
		サービス提供の状況	入院・外泊時加算	入院時支援特別加算	食費の単価	朝食	昼食	夕食			光熱水費の単価
					円/日			円/日	円/日		
								円/日	円/日		
								円/日	円/日		
								円/日	円/日		
					朝食	昼食	夕食		光熱水費		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

合計	回	回	回	回	回	回
			各小計	円	円	円
			実費合計額	円	円	円

地域移行加算	入所中算定日	年 月 日	退所日	年 月 日	退所後算定日	年 月 日
--------	--------	-------	-----	-------	--------	-------

平成 年 月分

旧法施設支援(入所)提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者等氏名		事業所番号	
補足給付適用の有無		補足給付額(日額)	円/日	事業者及びその事業所	

日付	曜日	支援実績				実費算定額				利用者確認印	備考	
		サービス提供の状況	入院・外泊時加算	入院時支援特別加算	自活訓練加算	食費の単価	朝食	昼食	夕食			光熱水費の単価
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

合計	回	回	回	回	円	円
	各小計			円	円	
	実費合計額			円	円	

入所時特別支援加算	利用開始日	年 月 日	30日目	年 月 日	当月算定日数	日
退所時特別支援加算	入所中算定日	年 月 日	退所日	年 月 日	退所後算定日	年 月 日

平成 年 月分

旧法施設支援(通勤寮)提供実績記録票

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

日付	曜日	支援実績				利用者確認印	備考
		サービス提供の状況	入院・外泊時加算	入院時支援特別加算	食事提供加算		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

合計	回	回	回				
----	---	---	---	--	--	--	--

入所時特別支援加算	利用開始日	年 月 日	30日目	年 月 日	当月算定日数	日
退所時特別支援加算	入所中算定日	年 月 日	退所日	年 月 日	退所後算定日	年 月 日







平成 年 月分

宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票

受給者証番号	支給決定障害者等氏名	事業所番号	
		事業者及びその事業所	

日付	曜日	支援実績		利用者確認印	備考
		サービス提供の状況	食事提供加算		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
合計				回	

初期加算	利用開始日	年 月 日	30日目	年 月 日	当月算定日数	日
------	-------	-------	------	-------	--------	---





平成 年 月分

共同生活援助サービス実績記録票

受給者証番号	支給決定障害者等氏名	事業所番号	
		事業者及びその事業所	

日付	曜日	支援実績				利用者確認印	備考
		サービス提供の状況	入院時支援特別加算	帰宅時支援加算	自立生活支援加算		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
合計		回	回	回			

# 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	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、平成 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</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	
		平成 年 月 日	
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。			
変更前の事業所への連絡( <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			
(提出先)			
様			
<p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の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>			
平成 年 月 日			
住所			
氏名			
電話 ( )			
市町村 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。

# 利用者負担上限額管理結果票

平成		年		月分	
----	--	---	--	----	--

市町村番号									
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									

	指定事業所番号								
管理事業者	事業所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	
--------------	--

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1 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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol> |
|--|

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																	

利用者負担額集計・調整欄	項番																	合計
	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																	

上記内容について確認しました。

平成 年 月 日  
支給決定障害者等氏名

