

資料4	H18.11.9
千葉県地域生活支援給付事業者説明会	
千葉県障害者自立支援課	

千葉県地域生活支援給付費 請求書等様式及び記載例

今後の請求事務処理の見直しにより変更がありうるものとする。

千葉市地域生活支援給付費請求書

様式1

年 月 日

(あて先) 千葉市長

請求事業者	事業所番号	6					
	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。

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

請求金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区 分	件数	単位数	費用合計	市請求額	利用者負担 (相当)額	自治体 助成分
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		

利用者負担額一覧表(地域生活支援給付費)

様式4 - 2

年 月 日

(あて先) 千葉市長

事業者	事業所番号	6								
	住所 (所在地)									
	電話番号									
	名称									

下記のとおり提供します。

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

項番	支給決定障害者等欄																						
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												
	受給者番号										総費用額							提供サービス					
	氏名										利用者負担相当額												

契約内容（千葉市地域生活支援給付受給者証記載事項）報告書

平成 年 月 日

（あて先）千葉市長

事業所番号	6								
事業者及び その事業所 の名称 代 表 者									

下記のとおり当事業者との契約内容（千葉市地域生活支援給付受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号									
支給決定障害者 （保護者）氏名					支給決定に係る 障害児氏名				

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入欄 の 番 号	サービス内容	契約支給量	契約日（又は契約支給量を変 更した日） 効力発生日	理 由
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更

事業者記入欄（他事業所の契約状況等）の確認	1 確認済
	2 未確認

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	提供終了月中の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提 供を終了する理由
				1 契約の終了
				2 契約の変更
				1 契約の終了
				2 契約の変更
				1 契約の終了
				2 契約の変更
				1 契約の終了
				2 契約の変更

千葉市地域生活支援給付費請求書

様式1

平成 19年 1月 10日

(あて先) 千葉市長

様式2-1及び様式2-2の記載例の事例を基に作成

請求事業者	事業所番号	x : x : 6 : x : x : x : x : x : x : x : x
	住所 (所在地)	〒 260- 千葉市中央区千葉港
	電話番号	043 - 2 -
	名称	千葉
	職・氏名	代表取締役 印

該当事項を記入

下記のとおり請求します。

平成 1 8 年 1 2 月分

請求金額 ¥ 9 1 6 6 9

合計の請求金額を記入

区 分	件数	単位数	費用合計	市請求額	利用者負担 (相当額)	自治体 助成分
移動支援	1	6,166	63,879	57,491	6,388	0
日中一時支援(日中預かり型)	1	2,486	25,754	23,178	2,576	0
平成18年10月分追加給付額	2			11,000		
合 計	4	8,652	89,633	91,669	8,964	0

同じ事業所で利用があった者に係る明細書の各項目の合計を記載
通常請求分及び追加給付分があった場合の記載例

明細書記載例
(通常請求分)

千葉市地域生活支援給付費明細書

様式2-1

様式3-1の記載例及び様式3-3の記載例の事例を基に作成

平成 1 8 年 1 2 月分

地域生活支援給付仮受給者証に記載されている情報を記載する。

受給者証番号	1 0 0 0 0 x x x x x	登録事業所番号	x x 6 x x x x x x x
支給決定障害者等	千葉 太郎	請求事業者 事業者及びその事業所の名称	千葉
支給決定に係る障害児氏名			
地域生活支援給付上限額管理	有・無		
障害福祉サービスとの負担額の合算	有・無		
		地域区分	甲地

利用者負担上限月額 2 4 6 0 0

実績記録票の内容をサービスコードに置き換えて記載する(障害福祉サービスならば)

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
移動1日中2	6 1 3 1 2 3	6 5 5	2	1 3 1 0	
移動1日中4	6 1 3 1 3 9	9 4 5	2	1 8 9 0	
移動1日中2夜間1	6 1 3 4 7 5	8 4 3	2	1 6 8 6	
移動1夜間増1	6 1 3 9 3 5	1 7 5	3	5 2 5	
移動1早期1日中1	6 1 3 3 8 7	7 5 5	1	7 5 5	
日中日中基本	6 3 1 1 1 0	4 3	5 0	2 1 5 0	
日中日中食事提供加算	6 3 5 1 0 1	4 2	8	3 3 6	

当月の利用者負担相当額の合計額を利用者負担額一覧表に記載し、千葉市に送付する。

サービス種類コード	6 1	移動支援	6 3	日中一時	合計			
サービス実日数	7 日		8 日					
給付単位数	6 1 6 6		2 4 8 6					8 6 5 2
単位数単価	1 0 3 6 円/単位		1 0 3 6 円/単位		円/単位		円/単位	
給付率	9 0 / 100		9 0 / 100		/ 100		/ 100	
総費用額	6 3 8 7 9		2 5 7 5 4					8 9 6 3 3
給付率に基づく	請求額	5 7 4 9 1	2 3 1 7 8					
	利用者負担相当額	6 3 8 8	2 5 7 6					
上限月額調整(の内少ない数)		6 3 8 8	2 5 7 6					8 9 6 4
調整後利用者負担額		6 3 8 8	2 5 7 6					8 9 6 4
市請求額		5 7 4 9 1	2 3 1 7 8					8 0 6 6 9
自治体助成分請求額								

「総費用額」 - (「上限月額調整」又は「調整後利用者負担額」のうち小さい額)

1 枚中 1 枚目

追加給付額明細書

様式 2 - 2

明細書記載例
(追加給付分)

様式 4 - 1 の記載例の事例を
基に作成

事業者	事業所番号	x	x	6	x	x	x	x	x	x	x
	住所 (所在地)	千葉市中央区千葉港									
	電話番号	043 - 2 -									
	名称	千葉									

平成 1 8 年 1 0 月分

項番	追加給付対象者																				
	受給者番号	1	0	0	0	0	x	x	x	x	x	氏名	千葉 太郎	追加給付額			5	0	0	0	
	受給者番号	1	0	0	0	0	x	x	x			氏名	千葉 花子	追加給付額			6	0	0	0	
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	受給者番号											氏名		追加給付額							
	合計																1	1	0	0	0

1 枚中 1 枚目

平成18年12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	10000xxxxx	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	千葉 太郎	事業所番号	xx6xxxxxx
契約支給量	日中一時支援(日中預かり型) 60時間/月			事業者及びその事業所	千葉

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						
1	金	10:00	17:00	7	1	印	
6	水	11:00	18:00	7	1	印	
14	木	10:00	16:00	6	1	印	
20	水	10:00	16:00	6	1	印	
21	木	9:00	15:00	6	1	印	
23	土	9:00	15:00	6	1	印	
24	日	9:00	15:00	6	1	印	
29	金	10:00	16:00	6	1	印	
合計				50時間	8回		

事業者は、サービス利用者に対し、原則としてサービス提供の都度、実績記録票の記載内容を提示し、自署又は押印を求める。

千葉県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

平成 1 8 年 1 0 月分

受給者証番号	1 0 0 0 0 x x x x x
支給決定障害者等氏名	千葉 太郎
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

登録事業所番号	
事業者 事業者及びその事業所の名称	千葉県より送付しますのでコピーを保管し、原本を請求書に添付してください。

利用者負担上限月額 2 4 6 0 0

利用者負担上限額管理結果 3

- 1 障害福祉サービスで利用者負担額を充当したため、地域生活支援給付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。

項番	-	1	2		
事業所番号	障害福祉サービス	x x 6 x x x x x x x x	x x 6 x x x x x x x x		
事業所名称		千葉中央	千葉		
総費用額	/ / / / / / / /	1 0 0 0 0 0	5 0 0 0 0		
利用者負担相当額	/ / / / / / / /	1 0 0 0 0	5 0 0 0		
管理結果					
利用者負担額	1 7 4 0 0	7 2 0 0	0		
地域生活支援給付費(-)	/ / / / / / / /	9 2 8 0 0	5 0 0 0 0		
追加給付額(-)	/ / / / / / / /	2 8 0 0	5 0 0 0		

項番					
事業所番号					
事業所名称					地域生活支援給付合計
総費用額					1 5 0 0 0 0
利用者負担相当額					2 4 6 0 0
管理結果					
利用者負担額					7 2 0 0
地域生活支援給付費(-)					1 4 2 8 0 0
追加給付額(-)					7 8 0 0

契約内容（千葉市地域生活支援給付受給者証記載事項）報告書

平成 18年10月2日

（あて先）千葉市長

事業所番号	x	x	6	x	x	x	x	x	x	x	
事業者及びその事業所の名称 代表者	千葉										

下記のとおり当事業者との契約内容（千葉市地域生活支援給付受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号	1	0	0	0	0	x	x	x	x	x	
支給決定障害者（保護者）氏名	千葉 太郎					支給決定に係る障害児氏名					

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	契約日（又は契約支給量を変更した日） 効力発生日	理 由
1	移動支援（身体有り）	25時間/月	平成18年10月1日	1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更

事業者記入欄（他事業所の契約状況等）の確認	1 確認済
	2 未確認

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	提供終了月中の終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
				1 契約の終了
				2 契約の変更
				1 契約の終了
				2 契約の変更
				1 契約の終了
				2 契約の変更
				1 契約の終了
				2 契約の変更