## (様式第二) 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、短期入所、 療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) \_\_ 市町村番号 年 月分 平成 助成自治体番号 指定事業所番号 受給者証番号 事業者及び 事 支給決定障害者等 その事業所 業 の名称 者 支給決定に係る 地域区分 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 障害児氏名 利用者負担上限月額 就労継続支援A型減免対象者 1 指定事業所番号 管理結果 管理結果額 利用者負担上限額 管理事業所 事業所名称 平成 年 月 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 入院日数 開始年月日 サービス 月 年 開始年月日 平成 年 日 終了年月日 平成 月 日 利用日数 入院日数 種別 年 月 年 開始年月日 平成 日 平成 月 日 利用日数 入院日製 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 付 曹 明 細 欄 サービス種類コード 合計 サービス利用日数 日 日 H 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 求 額 上限月額調整(①②の内少ない数) 集 計 事業者減免額 A型減免 欄 减免後利用者負扣索 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

算定日額 日数 給付費請求額

特定障害者特別給付費

実費算定額

枚中

枚目