

(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

平成 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
事業所名称
管理結果
管理結果額

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
利用日数
入院日数

Table with 6 columns: 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
Table with 10 rows for financial calculations: サービス種類コード, サービス利用日数, 給付単位数, 単位数単価, 総費用額, 1割相当額, 利用者負担額②, 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

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