

(様式第一)

## 介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

■旧様式からの変更点  
・様式変更なし

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	利用者 負担額	自治体 助成額
介護給付費							
訓練等給付費							
支援給付費 地域相談							
小 計							
特定障害者特別給付費							
合 計							

(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、就労定着支援、自立生活援助)

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
事業者及びその事業所の名称
地域区分
就労継続支援A型事業者負担減免措置実施

「就労定着支援」及び「自立生活援助」を追加

利用者負担上限月額 ①
就労継続支援A型減免対象者

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

Table with columns for service type, start/end dates, utilization days, and hospitalization days.

Main table for service details with 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.

旧様式からの変更点
・対象サービスに「就労定着支援」及び「自立生活援助」を追加
・【給付費明細欄】の「回数」の桁数を2桁から3桁へ変更

Summary table for charges with columns for service type, utilization days, unit counts, and various fee amounts.

特定障害者特別給付費
算定日額
日数
給付費請求額
実費算定額

枚中 枚目

(様式第三)

### 訓練等給付費等明細書

(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										

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					
-------------	--	--	--	--	--

障害支援区分	
--------	--

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	

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
給付費明細欄	<b>■旧様式からの変更点 ・様式変更なし</b>				

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														

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					
総費用額													
1割相当額													
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													
請求額	給付費												
自治体助成分請求額													

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額

(様式第四)

# 計画相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請求先)

- 旧様式からの変更点
- ・【サービスコード】欄を削除
- ・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

事業 者	指定事業所番号									
	住所 (所在地)									
	電話番号									
	名称									
	職・氏名									

平成		年		月	分
----	--	---	--	---	---

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

区分	件数	地域区分							
計画相談支援			単位数単価					円/単位	

項番	支給決定障害者等										請求額計算欄		
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成		年		月		日		氏名		円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成							サービス利用支援の場合は計画作成日、 継続サービス利用支援の場合はモニタリング日 を記載する。			円	
	受給者証番号											単位数	請求額
	モニタリング日	平成										円	
	受給者証番号											単位数	請求額
	モニタリング日	平成		年		月		日				氏名	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成		年		月		日		氏名		円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成		年		月		日		氏名		円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成		年		月		日		氏名		円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成		年		月		日		氏名		円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額	
	モニタリング日	平成		年		月		日		氏名		円	
	小計											円	

	枚中		枚目
--	----	--	----

(様式第五)

### 地域相談支援給付費明細書

市町村番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

平成			年			月	分
----	--	--	---	--	--	---	---

受給者証番号									
支給決定障害者氏名									

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									

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			
	開始年月日	平成			年			月			日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数			

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		
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし							
給付費明細欄						地域移行支援	地域定着支援

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	/ / / / /	
	総費用額						
	給付費請求額						

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----



(様式第九)

## 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 )

■旧様式からの変更点  
・様式変更なし

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	給付費 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						

(様式第十)

# 特例計画相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請求先)

- 旧様式からの変更点
- ・【サービスコード】欄を削除
- ・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

登録事業所番号											
求 事 業 者	住所 所在地)										
	電話番号										
	名称										
	職・氏名										

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

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

区分	件数	地域区分								
計画相談支援			単位数単価							円/単位

項番	支給決定障害者等										請求額計算欄				
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成			年			月		日	氏名				円
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成												円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
	受給者証番号									フリガナ	単位数	請求額			
	モニタリング日	平成								氏名				円	
											小計				円

サービス利用支援の場合は計画作成日、  
継続サービス利用支援の場合はモニタリング日  
を記載する。

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----





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、短期入所、生活介護、自立訓練、就労継続支援)

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

登録事業所番号, 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

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, 摘要

旧様式からの変更点
・様式番号を「様式第六」から「様式第十二」へ変更

請求額集計欄: 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, 請求額 (給付費, 高額障害福祉サービス費), 自治体助成分請求額

(様式第一)

## 障害児通所給付費・入所給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

■旧様式からの変更点  
・様式変更なし

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	利用者 負担額	自治体 助成額
通 所 給 付 費							
入 所 給 付 費							
小 計							
特定入所障害児食費等給付費							
合 計							

(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	
----	--	--	---	--	--	---	--

受給者証番号							
給付決定保護者氏名	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>■旧様式からの変更点 ・様式変更なし</p> </div>						
給付決定に係る障害児氏名							

指定事業所番号								
請求								
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							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	利用日数		入院日数	
	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	

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	摘要

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	
	総費用額							
	1割相当額							
	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							
	請求額	給付費						
自治体助成分請求額								

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
---------------	------	----	--------	-------	--	--	--	----	--	----

### 障害児相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請求先)

**■旧様式からの変更点**  
・【サービスコード】欄を削除  
・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

指定事業所番号																	
事業者	主 所 (所在地)																
	電話番号																
	名 称																
	職・氏名																

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円	区 分	件数	地域区分					
										障害児相談支援			単位数単価				円/単位

項番	給付決定保護者											請求額計算欄					
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成			年			月			日	氏名						円
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成										氏名						円
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成										氏名						円
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成										氏名						円
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成										氏名						円
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成										氏名						円
受給者証番号											フリガナ	単位数	請求額				
モニタリング日	平成										氏名						円
												小計					円

障害児支援利用援助の場合は計画作成日、  
継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日  
を記載する。

			枚中			枚目
--	--	--	----	--	--	----



特例障害児通所給付費等明細書

市町村番号						
助成自治体番号						

平成		年		月分	
----	--	---	--	----	--

受給者証番号											
通所給付決定保護者氏名											
通所給付決定に係る障害児氏名											

登録事業所番号									
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				
------------	--	--	--	--

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	利用日数			
	開始年月日	平成		年		月		日	終了年月日	平成		年		月		日	利用日数			

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	

■旧様式からの変更点  
-様式変更なし

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				円/単位				円/単位				
	総費用額																		
	1割相当額																		
	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																			
請求額	給付費																		
	高額障害児通所給付費																		
自治体助成分請求額																			

# 特例障害児相談支援給付費請求書

平成 年 月 日

(請求先)

■旧様式からの変更点  
 ・【サービスコード】欄を削除  
 ・【請求金額】欄の桁数を7桁から8桁へ変更

下記のとおり請求します。

登録事業所番号	
所在地	
電話番号	
名称	
職・氏名	

平成		年		月分	
----	--	---	--	----	--

請求金額		百万			千			円	区分	件数	地域区分				
									障害児相談支援		単位数単価				円/単位

項番	給付決定保護者											請求額計算欄				
	受給者証番号									フリガナ		単位数	請求額			
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成													円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
	受給者証番号								フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	平成		年		月		日	氏名						円	
												小計				円

障害児支援利用援助の場合は計画作成日、  
 継続障害児支援利用援助の場合はモニタリング日  
 を記載する。





(様式第八)

# 特例障害児通所給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

登録事業所番号	
住所 (所在地)	〒
職・氏名	

殿 請

■旧様式からの変更点  
・様式番号を「様式第四」から「様式第八」へ変更

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	利用者 負担額	自治体 助成額
特例 障害 児通 所給 付費						
小 計						
高額 障害 児通 所給 付費						
小 計						
合 計						