

(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									
	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	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

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										
		事業所名称							当該事業所への通所日数			

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								

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額