

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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	

令和			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							

令和			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										
就労継続支援A型事業者負担減免措置実施											

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									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	令和		年		月		日	終了年月日	令和		年		月		日	利用日数		入院日数	
	開始年月日	令和		年		月		日	終了年月日	令和		年		月		日	利用日数		入院日数	
	開始年月日	令和		年		月		日	終了年月日	令和		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

■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																			
	サービス利用日数		日		日		日		日											
	給付単位数																			
	単位数単価				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)																			
	A型減免	事業者減免額																		
		減免後利用者負担額																		
		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	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)

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

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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												

令和			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			

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	令和			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	令和																円		
	受給者証番号												単位数			請求額				
	モニタリング日	令和																円		
	受給者証番号												単位数			請求額				
	モニタリング日	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			年			月				日	氏名					円		
													小計							円

(様式第五)

地域相談支援給付費明細書

市町村番号						
-------	--	--	--	--	--	--

令和			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								

[illegible][illegible][illegible]

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第六)

計画相談支援給付費明細書

市町村番号						
-------	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

[illegible]

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									

[illegible]

		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

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

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。

令和			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

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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												

令和			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			

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

特例計画相談支援給付費明細書

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

令和			年			月	分
----	--	--	---	--	--	---	---

受給者証番号															
支給決定障害者等氏名															

請求事業者	登録事業所番号													
	事業者及びその事業所の名称													

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

(様式第十二)

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										令和 年 月 分																																																		
助成自治体番号																																																												
受給者証番号										登録事業所番号																																																		
支給決定障害者等氏名										事業者及びその事業所の名称																																																		
支給決定に係る障害児氏名																																																												
利用者負担上限月額 ①										地域区分																																																		
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 令和 年 月 日										終了年月日 令和 年 月 日										利用日数																														
										開始年月日 令和 年 月 日										終了年月日 令和 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									
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										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																																																		
										高額障害福祉サービス費																																																		
自治体助成分請求額																																																												

枚中 枚目

(様式第一)

障害児通所給付費・入所給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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	

令和			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							

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						

令和			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									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	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数			入院日数		
			開始年月日	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数			入院日数		

[illegible]

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			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																	
自治体助成分請求額																	電子請求の場合は、空欄ではな	

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			枚目

注. 当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合は、「利用者負担上限月額①」欄は空白のままとする。

(様式第三)

障害児相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

- 旧様式からの変更点
- ・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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									

令和			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			

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	令和			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	令和																円		
	受給者証番号													単位数	請求額					
	モニタリング日	令和																円		
	受給者証番号											フリガナ		単位数	請求額					
	モニタリング日	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			年			月			日	氏名						円		
														小計						円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第四)

障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号						
---------	--	--	--	--	--	--

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号														
給付決定保護者氏名														

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											

[illegible]

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

市町村番号						
助成自治体番号						

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

[illegible]

請求事業者	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									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	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数				
			開始年月日	令和			年			月			日	終了年月日	令和			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

- ・注釈の記載の変更

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			日			日											
	給付単位数																								
	単位数単価						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																								

電子請求の場合は、空欄ではなく「0」を設定すること。

枚目

注. 当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合は、「利用者負担上限月額①」欄は空白のままとする。

(様式第六)

特例障害児相談支援給付費請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点

・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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									

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額		百万			千			円																		
<table border="1"> <tr> <td>区 分</td> <td>件数</td> <td>地域区分</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>障害児相談支援</td> <td></td> <td></td> <td>単位数単価</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>円/単位</td> </tr> </table>									区 分	件数	地域区分							障害児相談支援			単位数単価					円/単位
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	令和			年			月				日	氏名						円	
	受給者証番号														単位数	請求額				
	モニタリング日	令和																	円	
	受給者証番号														単位数	請求額				
	モニタリング日	令和																	円	
	受給者証番号												フリガナ		単位数	請求額				
	モニタリング日	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			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	令和			年			月				日	氏名						円	
														小計						円

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

(様式第七)

特例障害児相談支援給付費明細書

都道府県等番号							
---------	--	--	--	--	--	--	--

令和			年			月	分
----	--	--	---	--	--	---	---

受給者証番号															
給付決定保護者氏名															

請求事業者	登録事業所番号													
	事業者及びその事業所の名称													

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

(様式第八)

特例障害児通所給付費等請求書

令和 年 月 日

(請 求 先)

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

殿

下記のとおり請求します。

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	

令和			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							