

(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)

府 中 市 長

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	④
	債権者番号	

下記のとおり請求します。

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区 分	件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成分
介護給付費							
訓練等給付費							
小 計							
特定障害者特別給付費							
合 計							

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、同行援護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、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							

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			
	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
	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

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

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
給付率		/100		/100		/100
総費用額						
給付率に基づく	請求額					
	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					
	特別対策費					
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	市町村請求額	実費算定額
------------	------	----	--------	-------

		枚中		枚目
--	--	----	--	----

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)

府 中 市 長

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	㊞
債権者番号		

下記のとおり請求します。

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区 分	件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	特別対策費 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							

特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書

(居宅介護、同行援護、行動援護、重度訪問介護、児童デイサービス、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

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 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 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

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 給付率 総費用額 請求額 利用者負担額② 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 特例介護給付費等 高額障害サービス費 自治体助成分請求額 合計

平成 年 月分

居宅介護サービス提供実績記録票

[府中市]

受給者証番号		支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	事業所番号
契約支給量			事業者及びその事業所

算定時間(早朝6:00~8:00 日中8:00~18:00 夜間18:00~22:00 深夜22:00~6:00)

日付	曜日	サービス内容	居宅介護計画				サービス提供時間				算定時間数					派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数		開始時間	終了時間	算定時間数		深夜	早朝	日中	夜間	深夜				
					時間	乗降			時間	乗降									

		計画 時間数計	内訳(適用単価別)				算定 時間数計	時間帯別計				
			100%	90%	70%	重訪		深夜	早朝	日中	夜間	深夜
合計	居宅における身体介護											
	通院介護(身体介護を伴う)											
	家事援助											
	通院介護(身体介護を伴わない)											
	通院等乗降介助											

受給者証番号	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	事業所番号			
		事業者及びその事業所			
契約支給量					

算定時間(早朝6:00~8:00 日中8:00~18:00 夜間18:00~22:00 深夜22:00~6:00)

日付	曜日	重度訪問介護計画				サービス提供時間		算定時間数		派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数		開始時間	終了時間	時間	移動				
				時間	移動								
		移動介護分		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		合計		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

受給者証番号															支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)		事業所番号				
	契約支給量														事業者及びその事業所						

算定時間(早朝6:00~8:00 日中8:00~18:00 夜間18:00~22:00 深夜22:00~6:00)

日付	曜日	行動援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間					
合計				計画時間数計	内訳(適用単価別)		算定時間数計				
				100%	70%						

利用者負担上限額管理結果票

平成 年 月分

市町村番号										
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												
管理 事業 者	事業所及び その事業所 の名称											

利用者負担上限月額

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

利用者負担上限額管理結果

--

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番																		
	事業所番号																		
	事業所名称																		
	総費用額																		
	利用者負担額																		
	管理結果後利用者負担額																		

利用者負担額集計・調整欄	項番																		
	事業所番号																		
	事業所名称																		
	総費用額																		
	利用者負担額																		
	管理結果後利用者負担額																		

上記内容について確認しました。

平成 年 月 日

支給決定障害者等氏名

印

障害福祉サービス 契約内容（受給者証記載事項）報告書
 （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）

府中市長

平成 年 月 日

次のとおり当事業者との契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）について報告します。

報告対象者	受給者証番号												
	支給決定者 （保護者）氏名												
	児童氏名												
事業者	番号												
	名称												
	代表者	印											

契約締結による契約支給量等の報告

事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	契約日または契約支給量を変更した日	理由
				<input type="checkbox"/> 新規契約 <input type="checkbox"/> 契約変更
				<input type="checkbox"/> 新規契約 <input type="checkbox"/> 契約変更
				<input type="checkbox"/> 新規契約 <input type="checkbox"/> 契約変更
				<input type="checkbox"/> 新規契約 <input type="checkbox"/> 契約変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	終了月中の終了日までの既提供量	契約終了日または契約支給量を変更した日	理由
					<input type="checkbox"/> 契約終了 <input type="checkbox"/> 契約変更
					<input type="checkbox"/> 契約終了 <input type="checkbox"/> 契約変更
					<input type="checkbox"/> 契約終了 <input type="checkbox"/> 契約変更
					<input type="checkbox"/> 契約終了 <input type="checkbox"/> 契約変更

過 誤 申 立 書

府中市長

事業所番号	
事業者名	
担当者名	
T E L	
F A X	

下記について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

No	受給者番号	フリガナ	サービス	申立事由コード		申立事由
		受給者氏名	提供年月	様式	理由	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

※ 申立事由コード(上2桁:様式番号、下2桁:申立理由番号)

【様式番号】(上2桁)

10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) <共同生活介護、共同生活援助以外>
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三) <共同生活介護、共同生活援助>
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第十)
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)

【申立理由番号】(下2桁)

2	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立ての実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限の誤りによる実績取り下げ
99	その他の事由による実績取り下げ