

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

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。

			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								

(様式第二)

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						

			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									
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			年		月		日	終了年月日			年		月		日	利用日数		入院日数	
			開始年月日			年		月		日	終了年月日			年		月		日	利用日数		入院日数	
			開始年月日			年		月		日	終了年月日			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							
	給付率				／100				／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
--	--	----	--	--	----

(様式第五)

特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

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。

			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								

(様式第六)

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						

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

[illegible][illegible]

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----

[府中市]

[illegible]

		計画 時間数計		内訳(適用単価別)				算定 時間数計				
				100%	90%	70%	重訪					
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					/	/				回	回
	通院介護(身体介護を伴わない)					/	/					回
	通院等乗降介助					/	/					

[府中市]

[illegible]

	枚中		枚
--	----	--	---

[府中市]

[illegible]

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

市町村番号																				管理 事業 者	指定事業所番号																		
受給者証番号																					事業所及び その事業所 の名称																		
支給決定障害者等 氏名																																							
支給決定に係る 障害児氏名																																							

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。	

[illegible][illegible]

上記内容について確認しました。

年 月 日

支給決定障害者等氏名

印

(提 供 先)

殿

下記のとおり提供します。

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

事業者	指定事業所番号									
	住 所 (所在地)									
	電話番号									
	名 称									

項番	支給決定障害者等欄																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						
	市町村番号												総費用額							提供サービス			
	受給者証番号												利用者負担額										
	氏名																						

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

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
				☐ 新規契約 ☐ 契約変更
				☐ 新規契約 ☐ 契約変更
				☐ 新規契約 ☐ 契約変更
				☐ 新規契約 ☐ 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
					☐ 契約終了 ☐ 契約変更
					☐ 契約終了 ☐ 契約変更
					☐ 契約終了 ☐ 契約変更
					☐ 契約終了 ☐ 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