（様式第三）

介護給付費・訓練等給付費等明細書

（共同生活介護、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	

障害程度区分	

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		

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	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		当該事業所への通所日数	
		事業所名称			

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						
給付率								／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)																									
調整後利用者負担額																									
上限額管理後利用者負担額																									
市町村請求額																									
自治体助成分請求額																									