（様式第一）

障害児施設給付費等請求書

平成　　年　　月　　日

（請求先）

殿

請求施設		
	指定施設番号	
	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。

平成			年			月分

請求金額			百万			千			円

区分		件数	単位数	費用合計	都道府県請求額	利用者負担額	社会福祉法人等軽減額	自治体助成分
障害児施設給付費								
小計								
特定入所障害児食費等給付費								
小計								
合計								

（様式第二）

障害児施設給付費等明細書

都道府県番号						
助成自治体番号①						
助成自治体番号②						

平成　　年　　月分

受給者証番号										
施設給付決定保護者氏名										
支給決定に係る障害児氏名										

請求施設											
	指定施設番号										
	施設の名称										
	地域区分										
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無										

利用者負担上限月額 ①					社会福祉法人等軽減対象者	

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	サービス単位数	摘要

請求額集計欄						合計
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	円/単位		
給付率	／100	／100	／100	／100		
総費用額						
給付率に基づく 請求額						
給付率に基づく 利用者負担額②						
上限月額調整(①②の内少ない額)						
社会福祉法人等軽減後利用者負担額						
社会福祉法人等軽減額						
調整後利用者負担額						
調整後社会福祉法人等軽減額						
上限額管理後利用者負担額						
都道府県請求額						
助成①請求額						
助成②請求額						

特定入所障害児食事等給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額

枚中　　枚目