

(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)

|              |                       |                     |               |                           |     |    |  |
|--------------|-----------------------|---------------------|---------------|---------------------------|-----|----|--|
| 市町村番号        | 1 3 1 0 4 1           | 平成                  | 2 6           | 年                         | 1 0 | 月分 |  |
| 助成自治体番号      |                       |                     |               |                           |     |    |  |
| 受給者証番号       | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 | 請求事業者               | 指定事業者番号       | 0 0 2 6 2 0 1 4 0 9       |     |    |  |
| 支給決定障害者等氏名   | 居宅同行                  |                     | 事業者及びその事業所の名称 | 日本福祉株式会社<br>ニップヘルパーステーション |     |    |  |
| 支給決定に係る障害児氏名 |                       |                     | 地域区分          | 1級地                       |     |    |  |
|              |                       | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | 1             |                           |     |    |  |

|                   |         |               |       |
|-------------------|---------|---------------|-------|
| 利用者負担上限月額①        | 9 3 0 0 | 就労継続支援A型減免対象者 | 1     |
| 利用者負担上限額<br>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 | 1 1 | 開 始<br>年 月 日 | 平成 2 5 | 年 0 4 | 月 0 1 | 日 | 終 了<br>年 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 利 用<br>日 数 | 8   | 入 院<br>日 数 |  |
|        | 1 5 | 開 始<br>年 月 日 | 平成 2 5 | 年 0 4 | 月 0 1 | 日 | 終 了<br>年 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 利 用<br>日 数 | 1 0 | 入 院<br>日 数 |  |
|        |     | 開 始<br>年 月 日 | 平成     | 年     | 月     | 日 | 終 了<br>年 月 日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 利 用<br>日 数 |     | 入 院<br>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 |
|---------------|-------------|-------|-----|---------|----|
| 身体日中1.0       | 1 1 1 1 1 5 | 4 0 4 | 8   | 3 2 3 2 |    |
| 身体日中1.0・2人    | 1 1 1 1 1 6 | 4 0 4 | 4   | 1 6 1 6 |    |
| 家事日中0.5       | 1 1 6 1 1 1 | 1 0 5 | 8   | 8 4 0   |    |
| 家事日中0.5・2人    | 1 1 6 1 1 2 | 1 0 5 |     | 4 2 0   |    |
| 同行援護1日中1.0    | 1 5 1 1 1 5 | 4 0 4 | 1 0 | 4 0 4 0 |    |
| 同行援護1日中1.0・2人 | 1 5 1 1 1 6 | 4 0 4 | 5   | 2 0 2 0 |    |
| 同行援護2日中0.5    | 1 5 3 1 1 1 | 1 0 5 | 1   | 1 0 5 0 |    |
| 同行援護2日中0.5・2人 | 1 5 3 1 1 2 | 1 0 5 | 5   | 5 2 5   |    |
| 居介処遇改善加算 I    | 1 5 5 6 6 5 | 7 5 1 | 1   | 7 5 1   |    |
| 同援処遇改善加算 I    | 1 5 5 6 6 5 | 9 3 9 | 1   | 9 3 9   |    |

| サービス種類           | 1 居宅介護         | 1 5 同行援護       | 合計     |             |
|------------------|----------------|----------------|--------|-------------|
| サービス利用日数         | 8 日            | 1 0 日          | 日      | 日           |
| 給付単位数            | 6 8 5 9        | 8 5 7 4        |        | 1 5 4 3 3   |
| 単位数単価            | 1 0 ▲ 9 9 円/単位 | 1 0 ▲ 9 9 円/単位 | ▲ 円/単位 | ▲ 円/単位      |
| 総費用額             | 7 5 3 8 0      | 9 4 2 2 8      |        | 1 6 9 6 0 8 |
| 1割相当額            | 7 5 3 8        | 9 4 2 2        |        |             |
| 利用者負担額②          | 7 5 3 8        | 9 4 2 2        |        |             |
| 上限月額調整(①②の内少ない数) | 7 5 3 8        | 9 3 0 0        |        | 1 6 8 3 8   |
| 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        | 7 5 3 8        | 1 7 6 2        |        | 9 3 0 0     |
| 上限額管理後利用者負担額     |                |                |        |             |
| 決定利用者負担額         | 7 5 3 8        | 1 7 6 2        |        | 9 3 0 0     |
| 請求額              | 6 7 8 4 2      | 9 2 4 6 6      |        | 1 6 0 3 0 8 |
| 給付費              |                |                |        |             |
| 自治体助成分請求額        |                |                |        |             |

|            |      |    |        |       |
|------------|------|----|--------|-------|
| 特別障害者特別給付費 | 算定日数 | 日数 | 市町村請求額 | 実費算定額 |
|            |      |    |        |       |

|   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| 1 | 枚中 | 1 | 枚目 |
|---|----|---|----|