

(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						
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		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	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	

[illegible][illegible]

特定障害者特別給付費	算定日額			日数	給付費請求額			実費算定額		

		枚中			枚目
--	--	----	--	--	----