

(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							

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	□□□□□□□□
	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	

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