

# 特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

請求事業者	登録事業所番号	〒
	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。

		年			月分
--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

	区 分	件数	単位数	費用合計	介護給付費等 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成分
特例介護給付費								
特例訓練等給付費								
	小 計							
高額障害福祉サービス費								
	小 計							
	合 計							

**特例介護給付費・特例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、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助)

市町村番号									
助成自治体番号									

			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	登録事業所番号												
	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							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号														
	事業所名称														
	管理結果														
	管理結果額														

サービス種別	開始年月日				年			月			日	終了年月日				年			月			日	利用日数				
	開始年月日				年			月			日	終了年月日				年			月			日	利用日数				

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	サービス種類コード					合計				
	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								
		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										
決定利用者負担額										
請求額	介護給付費等									
	高額障害福祉サービス費									
	特別対策費									
自治体助成分請求額										