

(様式第二)

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号	2	9	0	0	0	0
助成自治体番号						

令和	2	年	5	月	分
----	---	---	---	---	---

受給者証番号	2	9	0	0	0	0	0	0	0	1
給付決定保護者名	郡山 花子									
給付決定に係る障害児氏名	郡山 花音									

指定事業所番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
請求事業者	事業者及びその事業所の名称									
	フォーエヴァー事業所									
地域区分					一級地					

利用者負担上限月額①	3	7	2	0	0
------------	---	---	---	---	---

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	6	1	開始年月日	平成	2	6	年	4	月	1	日	終了年月日				年				月				日	利用日数	1	3	入院日数								
	開始年月日											終了年月日														利用日数			入院日数							

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								
	6	1	1	1	1	1	1	0	8	5	1	3	1	4	1	0	5		
児発1	6	1	1	1	1	1	1	0	8	5	1	3	1	4	1	0	5		
児発児童指導員等加配加算Ⅰ・Ⅰ	6	1	4	0	0	0			7	0	1	3			9	1	0		
児発看護職員加配加算Ⅰ・Ⅰ	6	1	4	1	0	0			6	7	1	3			8	7	1		
児発栄養士配置加算Ⅰ	6	1	5	1	3	0			3	7	1	3			4	8	1		
児発福祉専門職員配置等加算Ⅰ	6	1	5	4	9	2			1	5	1	3			1	9	5		
児発処遇改善加算Ⅰ	6	1	6	6	2	1	1	2	5	9		1	1	2	5	9			
児発特定処遇改善加算Ⅰ	6	1	6	7	7	2			4	1	4	1			4	1	4		

請求額集計欄	サービス種類コード	6	1	児童発達支援																			合計																	
	サービス利用日数	1	3	日																																				
	給付単位数	1	8	2	3	5																				1	8	2	3	5										
	単位数単価	1	1	5	2	円/単位																																		
	総費用額	2	1	0	0	6	7																			2	1	0	0	6	7									
	1割相当額	2	1	0	0	6																																		
	利用者負担額②	2	1	0	0	6																																		
	上限月額調整(①②の内少ない数)	2	1	0	0	6																				2	1	0	0	6										
	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	2	1	0	0	6																					2	1	0	0	6									
	請求額	1	8	9	0	6	1																			1	8	9	0	6	1									
	給付費																																							
	自治体助成分請求額																																							

特定入所障害児食費等給付費	算定日額		日数		給付費請求額		実費算定額	

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----