

(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						
助成自治体番号						

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号											
給付決定保護者氏名											
給付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									

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										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	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数			入院日数		
			開始年月日	令和			年			月			日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数			入院日数		

[illegible][illegible]

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		<10>を設定すること。	枚目

電子請求の場合は、空欄ではなく「0」を設定すること。

注. 当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合は、「利用者負担上限月額①」欄は空白のままとする。