請求パターン①　東京都無償化対象の場合

障害児通所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号	1	3	1	1	7	2
助成自治体番号	1	3	1	1	7	2

北区の都道府県等番号と助成自治体番号は
１３１１７２　です。

受給者証番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
給付決定保護者氏名	王子　太郎									
給付決定に係る障害児氏名	王子　花子									

請求事業者											
	指定事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	事業者及びその事業所の名称	○●○●事業所									
		地域区分	一級地								

利用者負担上限月額 ①		4	6	0	0

利用者負担上限額管理事業所	指定事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	管理結果	3	管理結果額		3	8	9	4		
	事業所名称	○●○●事業所																			

サービス種別	6	1	開始年月日	令和		7	年		4	月		1	日	終了年月日	令和			年			月			日	利用日数	1	0	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		

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
児発15	611511	8850	10	8850	
児発児童指導員等加配加算1211	614014	1870	10	1870	

上限額管理対象者は、管理後の利用者負担額を助成対象とします。
※これまでと変更ありません。

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	0	日						日						日						日										
給付単位数		1	0	7	2	0																					1	0	7	2	0
単位数単価	1	1	2	0	円/単位					円/単位					円/単位						円/単位										
総費用額	1	2	0	0	6	4																					1	2	0	0	6	4
1割相当額		1	2	0	0	6																									
利用者負担額②			4	6	0	0																									
上限月額調整(①②の内少ない数)			4	6	0	0																							4	6	0	0
調整後利用者負担額																															
上限額管理後利用者負担額			3	8	9	4																							3	8	9	4
決定利用者負担額			3	8	9	4																							3	8	9	4
請求額　給付費	1	1	6	1	7	0																					1	1	6	1	7	0
自治体助成分請求額			3	8	9	4																							3	8	9	4

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																			

		枚中			枚目

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

決定利用者負担額を「自治体助成分請求額」に入力してください。
※給付費と一緒に入金されます。

請求パターン②
東京都無償化対象 かつ 多子軽減措置対象（第２子）の場合

都道府県等番号	1	3	1	1	7	2
助成自治体番号	1	3	1	1	7	2

北区の都道府県等番号と助成自治体番号は
１３１１７２　です。

請求事業者		
指定事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
事業者及びその事業所の名称	○●○●事業所	
	地域区分	一級地

受給者証番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
給付決定保護者氏名	王子　太郎
給付決定に係る障害児氏名	王子　花子

利用者負担上限月額 ①	4 6 0 0

利用者負担上限額管理事業所	指定事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	管理結果 3	管理結果額 3 8 9 4
	事業所名称	○●○●事業所		

サービス種別																															
6 1	開始年月日	令和	7	年	4	月	1	日	終了年月日	令和		年		月		日	利用日数	1 0	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		

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
	児発15	6 1 1 5 1 1	8 8 5	1 0	8 8 5 0	
	児発児童指導員等加配加					

① 利用者負担額②には、１割相当額×１／２　を入力します。
※これまでと変更ありません。

② 決定利用者負担額には、
利用者負担上限月額①または管理結果額　と、
利用者負担額②　のいずれか低い額　を入力します。
※これまでと変更ありません。

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	0	日					日					日					日												
給付単位数			1	0	7	2	0																							1 0 7 2 0	
単位数単価		1	1	2	0	円/単位					円/単位					円/単位						円/単位									
総費用額		1	2	0	0	6	4																							1 2 0 0 6 4	
1割相当額			1	2	0	0	6																								
利用者負担額②				6	0	0	3																								
上限月額調整(①②の内少ない数)				4	6	0	0																							4 6 0 0	
調整後利用者負担額																															
上限額管理後利用者負担額				3	8	9	4																							3 8 9 4	
決定利用者負担額				3	8	9	4																							3 8 9 4	
請求額	給付費	1	1	6	1	7	0																							1 1 6 1 7 0	
自治体助成分請求額				3	8	9	4																							3 8 9 4	

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

枚中　枚目

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

決定利用者負担額を「自治体助成分請求額」に入力してください。
※給付費と一緒に入金されます。