

(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		令和	0	1	年	1	0	月分
助成自治体番号								
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								

【例】申請者

- ・課税世帯（市町村民税所得割額が28万円以上）
- ・無償化対象児童のみを養育（兄弟姉妹なし）

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

本来の所得区分に応じた負担上限月額を記載
※従来の記載方法から変更なし。

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	令和	0	1	年	0	4	月	0	1	日	終了年月日	令和	年	月	日	利用日数	1	5	日	入院日数	日
			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										

	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
給付費明細欄	児童発達支援基本決定	6 1 1 5 1 1	8 2 7	1 5	1 2 4 0 5	
	児発児童指導員等加配加算1 ≧ 15	6 1 4 0 4 4	1 5 5	1 5	2 3 2 5	
	児発達迎加算1	6 1 6 2 4 0	5 4	3 0	1 6 2 0	
1 ページ						

サービス種類コード						合計
サービス利用日数	1	5	日	日	日	
給付単位数	1	6	3	5	0	
単位数単価	11.20		円/単位			
総費用額	1	8	3	1	2	0
1割相当額	1	8	3	1	2	0
利用者負担額②						0
上限月額調整①②の少ない等						0
調整後利用者負担額						0
上限額管理後利用者負担額						0
決定利用者負担額						0
請求額	1	8	3	1	2	0
自治体助成分請求額						0

多子軽減対象児童や無償化対象児童の場合は各々適用後の金額を記載

無償化対象児童は上限額管理が不要であるため利用者負担額②と同額を記載

(総費用額－決定利用者負担額)の結果を記載
※無償化対象児童の場合、総費用額となる

特定入所障害児食費等給付費	算定日額	日数	給付費額	校中	校目
---------------	------	----	------	----	----

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条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合であっても、「利用者負担上限月額」欄には、当該給付決定に係る障害児が無償化対象期間外であるものとして算定した利用者負担上限月額を記入することとする。