

## 処遇改善助成金の請求に係る様式例一覧

	事 項	備 考
1	介護給付費・訓練等給付費等請求書	
2	介護給付費・訓練等給付費等明細書(共同生活介護、共同生活援助以外)	
3	介護給付費・訓練等給付費等明細書(共同生活介護、共同生活援助)	
4	特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書	
5	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書	
6	障害児施設給付費等請求書	
7	障害児施設給付費等明細書	
	(以下は参考様式)	

## 介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

殿

下記のとおり請求します。

請求 事業 者	指定事業所番号	□□□□□□□□□□□□□□□□
	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

平成 年 月 分

請求金額 百万 千 円



### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号						
助成自治体番号						

平成 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	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  就労継続支援A型減免対象者

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

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	給付費請求額	実費算定額

枚中 枚目

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(共同生活介護、共同生活援助)

市町村番号						
助成自治体番号						

平成 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								

利用者負担上限月額 ①

### 障碍程度区分

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	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日	入院日数		外泊日数	
	開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日	入院日数		外泊日数	

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			
	給付単位数								
	単位数単価			円/単位			円/単位		
	給付率		／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	給付費							
		特別対策費							
	自治体助成分請求額								

助成金	請求先都道府県番号	サービス種類	請求額

# 特例介護給付費・特例訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

( 請 求 先 )

殿

下記のとおり請求します。

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	

平成		年		月分
----	--	---	--	----

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

区分		件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成額
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								
処遇改善助成金								
合計								

## 特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、児童デイサービス、生活介護、自立訓練、就労継続支援)

市町村番号					
助成自治体番号					

平成 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	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	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日	利用日数		
	開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日	利用日数		

## 障害児施設給付費等請求書

平成 年 月 日

(請求先)

殿

下記のとおり請求します。

請求 施設	指定施設番号	.....
	住 所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名 称	
	職・氏名	

平成	年	月	分
----	---	---	---

請求金額	百万	千	円
------	----	---	---

区分		件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成額
障 害 児 施 設 給 付 費								
小計								
特 定 入 所 障 害 児 食 費 等 給 付 費								
小計								
処 遇 改 善 助 成 金								
合計								

## 障礙兒施設給付費等明細書

都道府県番号					
助成自治体番号					

平成 年 月分

受給者証番号								
施設給付決定保護者 氏名								
施設給付決定に係る 障害児氏名								

利用者負担上限月額 ①

利用者負担上限額 管理施設	指定施設番号	管理結果	管理結果額
	施設名称		

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

助成金	請求先都道府県番号	サービス種類	請求額		サービス種類	請求額	
		料金	税金	料金	税金	料金	税金

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