

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

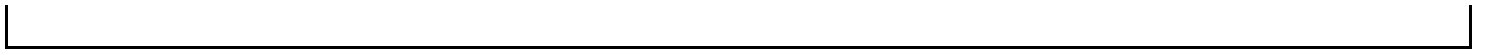
請求事業者	指定事業所番号	
	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

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
介護給付費							
訓練等給付費							
小 計							
特定障害者特別給付費							
処遇改善助成金							
合 計							



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

指定事業所番号 事業者及びその事業所の名称 地域区分 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施

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 事業所名称 管理結果 管理結果額

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

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

請求額集計欄 サービス種類コード サービス利用日数 給付単位数 単位数単価 給付率 総費用額 請求額 利用者負担額 事業者減免額 調整後利用者負担額 決定利用者負担額 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

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									

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					
-------------	--	--	--	--	--

障害程度区分	
--------	--

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号									
	事業所名称									
		管理結果				管理結果額				

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	

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位	摘要

日中介護等 支援加算欄	日中活動先事業所	指定事業所番号											
		事業所名称								当該事業所への通所日数			

請求額集計欄	サービス種類コード										
	サービス利用日数		日		日	合計					
	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

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	

下記のとおり請求します。

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 助成分
特例介護給付費								
	小 計							
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

登録事業所番号 請求事業者 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 事業所名称 管理結果 管理結果額

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

給付費明細欄 表: 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

請求額集計欄 表: サービス種類コード, サービス利用日数, 給付単位数, 単位数単価, 給付率, 総費用額, 請求額, 利用者負担額②, 調整後利用者負担額, 決定利用者負担額, 給付費, 高額障害福祉サービス費, 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

(様式第一)

障害児施設給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

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

下記のとおり請求します。

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							

障害児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						

請求施設	指定施設番号							
	施設の名称							
		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	

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

サービス種類コード																						合計	
サービス利用日数																							
給付単位数																							
単位数単価				円/単位			円/単位				円/単位			円/単位									
給付率			/100		/100		/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				サービス種類	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	

		枚中		枚目
--	--	----	--	----