

※水色のセル部分のみ入力ください。

地域生活支援事業明細書

(訪問入浴、移動支援、日中一時、総合上限管理)

| | |
|---------|--------|
| 市町村番号 | 072010 |
| 助成自治体番号 | |

| | | | | |
|----|---|---|---|----|
| 令和 | 4 | 年 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|----|

| | |
|--------------|-------|
| 受給者証番号 | 10001 |
| 支給決定障害者等氏名 | 福島 一郎 |
| 支給決定に係る障害児氏名 | 福島 二郎 |

| | |
|---------------|--------------------------|
| 指定事業所番号 | 0760100001 |
| 事業者及びその事業所の名称 | 社会福祉法人福島福祉会 地域生活支援事業所 |
| 地域区分 | |
| 就労継続支援A型事業者負 | |

上限管理を行っている場合、必要事項を入力してください。管理を行っていない場合は、入力せず空欄としてください。

| | | | |
|-------------|-------|---------------|--|
| 利用者負担上限月額 ① | 9,300 | 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 | 0710100001 | 管理結果 | 3 | 管理結果額 | 500 |
| | 事業所名称 | 社会福祉法人福島福祉会 障害者総合支援事業所 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|-------|----|--|---|--|---|--|---|------|------|
| サービス種別 | 開始年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | 入院日数 |
| | 開始年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | 入院日数 |
| | 開始年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | 入院日数 |

サービス内容、提供回数等の内訳は、実績記録票に必要事項を入力すると自動計算されます。

| 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 |
|----------------------|---------|-----|----|---------|----|
| 日中一時・区分 1 4時間未満 | 033001 | 223 | 3 | 669 | |
| 日中一時・区分 1 4時間以上8時間未満 | 033002 | 446 | 3 | 1,338 | |
| 日中一時・区分 1 8時間以上 | 033003 | 669 | 2 | 1,338 | |
| 日中一時・給食加算 | 033100 | 30 | 4 | 120 | |
| 日中一時・送迎加算 | 033200 | 54 | 12 | 648 | |
| 日中一時・利用者負担上限額管理加算 | 035010 | 150 | 1 | 150 | |

「上限額管理加算」の請求を行う場合、「1」を入力してください。内訳が自動入力されます。

| | | |
|------------------|------------|--------|
| サービス種類コード | 03 | 日中一時 |
| サービス利用日数 | 8 | 日 |
| 給付単位数 | 4,263 | |
| 単位数単価 | 10.00 | 円/単位 |
| 総費用額 | 42,630 | |
| 1割相当額 | 4,263 | |
| 利用者負担額② | 4,263 | |
| 上限月額調整(①②の内少ない数) | 4,263 | |
| A型減免 | 事業者減免額 | |
| | 減免後利用者負担額 | |
| 調整後利用者負担額 | | |
| 上限額管理後利用者負担額 | 500 | |
| 決定利用者負担額 | 500 | |
| 請求額 | 地域生活支援事業費等 | 42,130 |
| | 特別対策費 | |
| 自治体助成分請求額 | | |

請求額集計欄は、実績記録票や上限額管理結果を入力することで、自動計算されます。

| | | | | |
|------------|------|----|--------|-------|
| 特定障害者特別給付費 | 算定日額 | 日数 | 市町村請求額 | 実費算定額 |
| | | | | |

| | | | |
|---|----|---|----|
| 1 | 枚中 | 1 | 枚目 |
|---|----|---|----|