

※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
請求事業者 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。

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	1,000
	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	終了年月日	令和	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。		入院日数
		開始年月日	令和	年	月	日	終了年月日	令和			入院日数
		開始年月日	令和	年	月	日	終了年月日	令和			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
地域生活支援事業明細欄	訪問入浴 1回	011001	1,260	9	11,340	
	訪問入浴・利用者負担上限額管理加算	015010	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。

「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。

[illegible]

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