

※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 |

| | | |
|-------|---------------|--|
| 請求事業者 | 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 | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 上限管理を行っている場合、必要事項をすべて満たす </div> |

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 | 4,600 | 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 | 1 | 管理結果額 | 0 |
| | 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 | 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、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。

| 地域生活支援事業明細欄 | 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 |
|-------------|-------------------|---------|-----|----|---------|----|
| | 移動支援 0.5 | 022001 | 110 | 32 | 3,520 | |
| | 移動支援・介護加算（3時間ごと） | 022100 | 110 | 10 | 1,100 | |
| | 移動支援・利用者負担上限額管理加算 | 025010 | 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 |
|---|----|---|----|