

契約から請求まで (障害福祉サービス用)

この資料は、平成20年12月5日現在でのデータ、考え方に基づき作成したものです。本書の内容については、今後変わる可能性がありますので、ご注意ください。

姫路市障害福祉課

2008/12/8

目次

| | |
|----------------------------------|----|
| I 契約 ～ サービス提供 ～ 請求 | 2 |
| 1 概要 | 2 |
| 2 具体的な手続き等 | 3 |
| II 請求について | 11 |
| III 請求書等記載例 | 12 |
| 1 介護給付費・訓練等給付費等請求書に関する事項（様式第一） | 12 |
| (1) 請求事業者欄・請求金額欄等 | 13 |
| (2) 請求内訳 | 14 |
| 2 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二）に関する事項 | 15 |
| (1) 支給決定障害者欄・請求事業者欄等 | 16 |
| (2) 利用者負担上限額管理結果欄 | 17 |
| (3) サービス提供の開始・終了等の状況 | 18 |
| (4) 給付費明細欄 | 19 |
| (5) 請求額集計欄 | 20 |
| (6) 利用者負担上限管理がある場合 | 22 |
| 3 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三）に関する事項 | 29 |
| (1) 障害程度区分欄 | 30 |
| (2) 入退居等の状況欄 | 30 |
| (3) 日中介護等支援加算欄 | 31 |
| 4 障害福祉サービスに係る各種サービス提供実績記録票に関する事項 | 32 |
| (1) 基本事項 | 32 |
| (2) サービス種別と実績記録票様式の対応関係 | 32 |
| (3) 各様式の記載要領（共通事項） | 32 |
| (1) 居宅介護サービス提供実績記録票 | 34 |
| 【算定例】 | 36 |
| (2) 行動援護サービス提供実績記録票 | 42 |
| (3-1) 重度訪問介護サービス提供実績記録票 | 43 |
| (3-2) 重度訪問介護サービス提供実績記録票 | 44 |
| (4) 児童デイサービス提供実績記録票 | 47 |
| (5) 短期入所サービス提供実績記録票 | 49 |
| (6) 生活介護サービス提供実績記録票 | 50 |
| (7) 共同生活介護サービス実績記録票 | 52 |
| (8) 施設入所支援提供実績記録票 | 55 |
| (9) 旧法施設支援（入所）提供実績記録票 | 58 |
| (10) 旧法施設支援（通勤寮）提供実績記録票 | 60 |
| (11) 旧法施設支援（通所）提供実績記録票 | 62 |
| (12) 自立訓練（機能訓練）サービス提供実績記録票 | 64 |
| (13) 自立訓練（生活訓練）サービス提供実績記録票 | 65 |
| (14) 宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票 | 67 |
| (15) 就労移行支援提供実績記録票 | 68 |
| (16) 就労継続支援提供実績記録票 | 69 |
| (17) 共同生活援助サービス提供実績記録票 | 69 |
| * 各種様式 * | 70 |

I 契約 ～ サービス提供 ～ 請求

1 概要

県より、障害福祉サービス事業者としての指定を受けた後、サービス利用に関する事業者と、利用者・姫路市（国保連合会）との関係で主なものは次のとおりです。

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| 1) 事業の概要・サービス内容等の情報提供 | (事業者 → 利用者) |
| 2) 受給者証内容の確認 | (事業者 ↔ 利用者) |
| 3) 重要事項の説明・契約 | (事業者 → 利用者) |
| 4) 受給者証の事業者欄への記載 | (事業者 → 利用者) |
| 5) 契約内容の報告 | (事業者 → 姫路市) |
| 6) サービス提供実績記録票の記載・確認 | (事業者 ↔ 利用者) |
| 7) 請求書の作成・姫路市への代理受領請求 (国保連合会) | (事業者 → 姫路市) (国保連合会) |
| 8) 利用者負担額の受領 | (事業者 ← 利用者) |
| 9) 障害福祉サービス給付費の支払 | (事業者 ← 姫路市) (国保連合会) |
| 10) 障害福祉サービス給付額の通知 | (事業者 → 利用者) |

※ 障害福祉サービスとは、介護給付・訓練等給付のサービスをさすこととする。

具体的には居宅介護、重度訪問介護、行動援護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、生活介護、共同生活介護、施設入所支援、共同生活援助、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援、旧法施設支援をいう。

※ 国保連合会とは、国民健康保険団体連合会をさすこととする。

2 具体的な手続き等

1) 事業の概要・サービス内容等の情報提供

利用者が事業者を選ぶ際に必要な情報については、あらかじめ知らせておく必要があります。パンフレット、ホームページ等さまざまな媒体の活用や障害特性への配慮が望まれます。

2) 受給者証内容の確認

利用者が持っている「障害福祉サービス受給者証（レモン色）」により受給資格を確認します。

<確認箇所>

- ・ サービス種別に、事業所が提供するサービス種別について支給の記載があるか
- ・ 支給量等（月当たり決定支給量）
- ・ サービス提供時の加算等情報
- ・ 契約する期間は、支給決定期間内か
- ・ 事業者記入欄において、他の事業者が既に契約した支給量があるか
- ・ 利用者負担上限月額・適用期間
- ・ 利用者負担上限額管理対象者該当の有無欄に該当という記載があるか 等

【受給者証確認の際のチェックポイント】

(一)

| 障害福祉サービス受給者証 | |
|--------------|---|
| 受給者証番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| 受給者 | 居住地 姫路市〇〇 |
| | フリガナ ヒメジ イチロウ |
| 給 | 氏名 姫路一朗 |
| | 生年月日 性別 |
| 署名 | フリガナ |
| | 氏名 |
| 児童 | 生年月日 性別 |
| 障害種別 | 1 身体障害者 |
| 交付年月日 | 平成21年1月1日 |
| 支給市町村名及び印 | 2 8 2 0 1 2 |
| | 〒670-8501 兵庫県姫路市安田四丁目1番地 姫路市印 電話 079(221)2309・2457 |

【1ページ目】

受給者の氏名、受給者証番号などが記載されています。利用申込・相談にかかる本人かどうか（他人の受給者証を使用してのサービス利用が不可であることはいうまでもありません。）

※姫路市以外の市町村発行の受給者証は、取り扱いが異なる場合がありますので、当該市町村担当課におたずねください。

(二)

| 介護給付費の支給決定内容 | |
|--------------|-----------------------------|
| 障害程度区分 | 区分3 |
| 認定有効期間 | 平成21年1月1日から平成21年12月31日まで |
| サービス種別 | 居宅介護 |
| 支給量等 | (家事援助中心) 19時間/月 |
| 支給決定期間 | 平成21年1月1日から平成21年12月31日まで |
| サービス種別 | 生活介護 |
| 支給量等 | 当該月の日数から8日を控除した日数 |
| 支給決定期間 | 平成21年1月1日から平成22年12月31日まで |
| サービス種別 | |
| 支給量等 | |
| 支給決定期間 | |
| 予備欄 | 居宅介護(家事援助中心): 1回あたり1時間30分まで |

【2～5ページ目】

障害程度区分、障害福祉サービス事業の支給決定内容について、記載されています。

○障害程度区分の確認
(サービスの種類によっては障害程度区分が必要です。また、区分により給付費が違う場合があります。)

○サービス種別、決定支給量等の確認
(事業所の提供するサービスの記載がない場合、有効期間が過ぎている場合には、当該事業の給付費の支給は受けられません。また、決定支給量を超えたサービス利用についての給付は受けられません。)

○予備欄の確認
(1回あたりの決定支給量を超えたサービス利用についての給付は基本的には受けられません。)

(六)

| 利用者負担に関する事項 | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------|--------|
| 利用者負担割合(原則) | 1割 | 利用者負担上限月額 | 3,000円 |
| 適用期間 | 平成21年1月1日から平成21年12月31日まで | | |
| 食事提供体制加算対象者 | 該当 | | |
| 適用期間 | 平成21年1月1日から平成21年12月31日まで | | |
| 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 | 該当 | | |
| 利用者負担額上限管理事業者名 | ひめじ生活介護センター | | |
| 特記事項欄 | 地域生活支援事業との合算あり | | |
| 予備欄 | | | |

【6ページ目】

利用者負担に関する事項、加算情報等について、記載されています。

○適用決定期間内かどうか
(有効期間を過ぎた受給者証は無効です。)

○利用者負担上限月額欄の確認
(この額を超えて利用者が負担することはありません。地域生活支援事業の利用がある場合、その負担額と合算して、上限月額を超えることはありません。)

○食事提供体制加算対象者欄に該当とあるか。
(サービス種別によっては、届け出のある事業者を利用し、食事をとった場合に食事提供体制加算が給付されます。)

○利用者負担上限額管理対象者該当の有無欄に該当とあるか。
該当の場合、事業所名が記載されているか。
(複数のサービス、事業所を利用し、「該当」となっている場合には、所定のルールに従い、そのうちの1つの事業所が利用者負担額の上限管理をしなければなりません。)

○特記事項欄、予備欄の確認
(地域生活支援事業(灰色受給者証)の利用があるか等。)

| 訪問系サービス事業者記入欄 | | |
|-----------------------|---------------------|-------------|
| 1 | 事業者及びその事業所の名称 | ひめじ訪問介護事業所 |
| | サービス内容 | 家事援助 |
| | 契約支給量 | 19時間 |
| | 契約日 | 平成21年 1月10日 |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 平成 年 月 日 |
| サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | | |
| 2 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | サービス内容 | |
| | 契約支給量 | |
| | 契約日 | 平成 年 月 日 |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 平成 年 月 日 |
| サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | | |
| 3 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | サービス内容 | |
| | 契約支給量 | |
| | 契約日 | 平成 年 月 日 |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 平成 年 月 日 |
| サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | | |

【7～16ページ目】

受給者とサービスの利用の契約をした事業者が記入する欄です。

○これから契約する内容と重複がないか。
 (1つのサービスについて、複数の事業所の利用は可能ですが、決定支給量を超えたサービス利用について、事業費の給付は受けられません。)

(姫路一朗さんの現在の契約状況)
 1月の利用：居宅介護（家事援助） 19時間
 生活介護 10日
 → 居宅介護（家事援助）は支給量を全て契約しているので、これ以上の契約はできません。
 生活介護について、あと「当該月の日数から18日を控除した日数に達するまで、必要に応じて「ひめじ生活介護センター」または、他の生活介護事業所と契約を結び、サービス利用をすることができます。

| 生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・旧法施設支援（通所）事業者 | | |
|---------------------------------------|---------------------|-------------|
| 1 | 事業者及びその事業所の名称 | ひめじ生活介護センター |
| | サービス内容 | 生活介護 |
| | 契約支給量 | 10日 |
| | 契約日 | 平成21年 1月10日 |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 平成 年 月 日 |
| サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | | |
| 2 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | サービス内容 | |
| | 契約支給量 | |
| | 契約日 | 平成 年 月 日 |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 平成 年 月 日 |
| サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | | |
| 3 | 事業者及びその事業所の名称 | |
| | サービス内容 | |
| | 契約支給量 | |
| | 契約日 | 平成 年 月 日 |
| | 当該契約支給量によるサービス提供終了日 | 平成 年 月 日 |
| サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 | | |

3) 重要事項の説明・契約

利用時の重要な事項について、わかりやすく説明する必要があります。説明に対する同意が得られた後に、契約を締結することになります。重要事項説明書、契約書は2部用意し、契約締結時に重要事項説明日、契約日、事業者名、説明者名、利用者名（代理人名）を記入、押印し、事業所と利用者で1部ずつ保管します。（児童の場合は支給決定者（保護者）と利用児童名を両方記載すること。）

※ 契約支給量が、受給者証記載の支給量を超えないよう、注意すること。

※ 契約時のみでなく、契約の変更、契約の終了時にも記載のこと。

👉👉 Point

「重要事項説明書」

- ・ 事業者は、サービスを利用しようとする者に対して、「自らが提供できるサービス内容や事業所の概要」「各種利用料（障害福祉サービス給付費支給にかかる利用者負担額のほか、法定外サービス利用時の料金等）」「苦情対応にかかる具体的な取扱い」など、利用者が知っておくべき重要な事項をわかりやすく説明し、同意を得る必要があります。
- ・ この重要事項については書面をもとに、その内容について熟知した者が説明を行うことが必要です。（単に書類を送付し、同意を得ることは認められません。）

「契約書」

- ・ 利用者が、上記の重要事項について説明を受け、同意が得られた場合に契約を締結します。なお、当然ながら上記重要事項説明の内容と契約内容に齟齬（食い違い）があってはなりません。

4) 受給者証の事業者欄への記載

(1) 事業者記入欄への記入

契約締結後、利用者の障害福祉サービス受給者証の「事業者記入欄」に、事業所名、事業内容、契約支給量、契約日を記入し、事業者確認印を押印します。

| | | |
|--|---|--|
| 居宅介護・重度訪問介護・行動援護 | → | 「訪問系サービス事業者記入欄」 |
| 児童デイサービス | → | 「児童デイサービス事業者記入欄」 |
| 短期入所 | → | 「短期入所事業者実績記入欄」 |
| 生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援・旧法施設支援（通所） | → | 「生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続 支援・旧法施設支援（通所）事業者記入欄」 |
| 療養介護・共同生活介護・共同生活援助 ・施設入所支援・旧法施設支援（入所） | → | 「療養介護・共同生活介護・共同生活援助・施設 入所支援・旧法施設支援（入所）事業者記入欄」 |

(2) 利用者が複数の事業者と契約する場合

既に他の事業者が、障害福祉サービス受給者証の事業者記入欄に契約支給量を記入しているサービス内容について、後に、別の事業者が同一サービス内容で契約しようとする場合は、決定支給量から既に記入されている契約支給量を差し引いた残りの決定支給量の範囲内において、契約支給量を記入することとなります。

👓 Point

(例) 支給決定障害者(保護者)(決定支給量100)がA事業者及びB事業者と契約する場合
 支給決定障害者(保護者)とA事業者が契約をし、契約支給量を30とした後に、同一サービス内容において、支給決定障害者(保護者)とB事業者が契約できる契約支給量は、
「決定支給量100-A事業者との契約支給量30」の結果で算出される70の範囲内です。

5) 契約内容の報告

3) で締結した契約内容について、「契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)報告書」により、市に対して契約から1週間以内に報告してください。(短期入所事業所は不要)

※ 契約時のみでなく、契約の変更、契約の終了時にも提出してください。

(記載例)

| 契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)報告書 | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|--|
| 平成21年 1月 17日 | | | | |
| 〒670 - 8501 姫路市安田4丁目1番地 (あて先) 姫路市長 | 事業者番号 | 2 8 1 4 0 1 2 3 4 5 | | |
| | 事業者及びその事業所の名称 代 表 者 | 特定非営利法人 ひめじ生活介護センター ひめじ生活介護センター 理事長 姫路 太郎 | | |
| 下記のとおり当事業者との契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)について報告します。 | | | | |
| 記 | | | | |
| 報告対象者 | | | | |
| 受給者証番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | | | |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 | 姫路 一郎 | | 支給決定に係る障害児氏名 | |
| 契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告 | | | | |
| 受給者証の事業者記入欄の番号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約日 <small>(又は契約更新日を変更した日)</small> | 理 由 |
| 1 | 生活介護 | 10日 | 平成21年1月10日 | <input checked="" type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 |
| 既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告 | | | | |
| 提供を終了する事業者記入欄の番号 | 提供終了日 | 提供終了月中の終了日までの既提供 | 既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 | |

【事由別契約内容報告書チェック項目】

| | 契約締結又は契約内容変更による 契約支給量等の報告欄 | 既契約の契約支給量による サービス提供を終了した報告欄 |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 新規契約時 | 1 新規契約 | — |
| 契約終了時 | — | 1 契約の終了 |
| 支給期間終了時 | 1 新規契約 | 1 契約の終了 |
| 支給量の変更 (契約支給量の変更がない 場合) | 報告不要 | 報告不要 |
| 支給量の変更 (契約支給量の変更がある 場合) | 2 契約の変更 | 2 契約の変更 |
| 支給決定期間・量以外の 理由で受給者証が新しく なったとき | 2 契約の変更 | 報告不要 |

6) サービス提供実績記録票の記載・確認

- ・ 契約に基づくサービスを提供した事業者は、その実績について、利用者ごとにサービス提供実績記録票に記載し、利用者の確認を受けなければなりません。
- ・ この記録票については、サービス提供の都度、利用者の確認を受けてください。(サービスの種別によっては、サービス提供者の確認も必要です。) また、この記録票の写し(内容及び利用者確認印が明確に判別できるもの)は、請求時の添付書類として必要なものです。原本については、事業所で必ず保管してください。

※ 記入 32 ページ以降参照

7) 請求書の作成・姫路市(国保連合会)への代理受領請求(詳細は、II「請求について」参照)

支給決定障害者等と契約を締結し、その契約に基づきサービスを提供した事業者は、支給決定をした姫路市に対して、当該支給決定障害者等に代わって給付費の請求を行い、市(国保連合会経由)から支払を受けることになっています(代理受領)。

- ・ サービス提供月の翌月10日までに必要書類を作成し、姫路市障害福祉課管理担当に請求してください。期日に遅れた請求は翌月処理となります。(例外はありません。)
- ・ 請求時に必要な書類
 - ア 介護給付費・訓練等給付費等請求書(1事業者番号につき、1枚)
 - イ 介護給付費・訓練等給付費等明細書(利用者ごとに作成)
 - ウ サービス提供実績記録票(写し。6)で作成したもの)
 - (エ フロッピーディスクなど 姫路市請求ソフトを使用してア、イを作成した場合、電子データ(テキストファイル)を入れたもの。処理終了後、返却します。)
- ・ 国保連合会への電子請求
 - 障害福祉サービス給付費の支払事務は国保連合会で行いますので、国保連合会に請求のデータを電送してください。

8) 障害福祉サービス給付費の1割を受給者証記載の「利用者負担上限月額」まで受領します。事業給付費以外の運営規程に定める利用者負担額（光熱水費、創作的活動における材料費の実費相当分）についても、あわせて受領します。

利用者負担額を受領した場合は、必ず領収証を発行してください。（内訳欄にて当該内容が明確にわかるものとし、控えは必ず事業者にて保管してください。）

※ 受給者証の「利用者負担上限額管理対象者該当の有無」欄に「該当」と記載がある場合や「利用者負担上限額管理対象事業者名」欄に事業者名の記載がある場合には、上限額管理が必要となることがあります。（「利用者負担上限額の管理について」参照）

9) 障害福祉サービス給付費の支払

7) で姫路市（国保連合会）へ提出した書類を姫路市において審査した結果、適正と判断された場合は、サービス提供のあった翌々月の15日（金融機関休業日の場合は、その直後の金融機関営業日）に、事前に国保連合会に登録した銀行口座へ国保連合会より給付費が支払われます。

10) 障害福祉サービス給付額の通知

給付費の支払いがあった後、利用者に対して当該支払を受けた額について通知する必要があります。

※ 様式は任意ですが、代理受領の関係にあることをふまえ、本来の請求権者である利用者が充分理解できるものとする必要があります。

Point

～利用者負担額を徴収しなかった場合～

障害福祉サービス給付費支給額については、次の(ア)～(イ)により算定されます。

- (ア) 障害福祉サービス給付費基準(サービス単価)と事業者がサービス提供に当たり現に要した費用のうち、低い方の額
- (イ) 市の定める利用者負担額

事業者の判断で利用者負担額を徴収しない場合は、姫路市から給付費はお支払いしません。
利用者負担額については、本人や扶養義務者の負担能力をふまえて決定されています。負担の公平性の観点から、特定の者からこれを徴収しないということは、適正な運営を欠くものとして指導対象とします。

(障害福祉サービス給付費受領通知の例)

平成21年3月16日

姫路 一朗 様

特定非営利活動法人
ひめじ生活介護センター
理事長 姫路 太郎

障害福祉サービス給付費受領通知書

あなたに提供した下記のサービスについて、あなたに代わって支払を受けた障害福祉サービス給付費についてお知らせします。

記

| | |
|----------------|--|
| 1. 提供年月 | 平成21年1月 |
| 2. 障害福祉サービス給付費 | ¥ 89,129.- |
| 3. サービス内容 | 生活介護 (ひめじ生活介護センター) (内訳) ・生活介護サービス費(Ⅳ)(定員40人以下) : 884単位×10日 ・食事提供体制加算 : 42単位×5日 ・利用者負担額 : △3,000円 (調整前利用者負担額 3,000円) ※ 単位数単価 10.18円/単位 |

このお知らせの内容について疑義がある場合は、次のところにお問い合わせください。

(お問い合わせ先)

- ① 特定非営利活動法人ひめじ生活介護センター : (079) ×××-×××
 ② 姫路市障害福祉課 : (079) 221-2454

II 請求について

支給決定障害者等と契約を締結し、その契約に基づきサービスを提供した指定障害福祉サービス事業者は、支給決定をした姫路市に対して、当該支給決定障害者等に代わって、障害福祉サービス給付費の請求を姫路市及び国保連合会へ行い、支払いを受ける。

請求をしようとする事業者は、次に掲げる書類等をサービス提供の翌月10日までに、姫路市に提出しなければならない。

※国保連合会への電子請求

国保連合会への請求は、国保連の提供する『簡易入力システム』を使って請求データを作成し、インターネット経由で国保連合会に送信します。

※請求は姫路市、国保連合会両方に提出していただく必要があります。

1 介護給付・訓練等給付費等請求書

(様式第一)

(1) 作成者 : 指定障害福祉サービス事業者

(2) 作成単位 : 指定事業所番号単位で請求先となる市町村ごとに作成する

(1つの事業所で複数の障害福祉サービスを実施している場合、事業所番号が同じであれば、市町村ごとに1つにまとめて請求する。)

2 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(様式第二。ただし、共同生活介護・共同生活援助については様式第三)

(1) 作成単位 : 指定事業所番号単位で、支給決定障害者等1人につき1ヶ月に1件作成する。

(2) 1枚の明細書の請求額集計欄に請求明細が記入しきれない場合は、何枚中の何枚目であるかを所定の欄に記載し、複数の明細書に分けて明細の記入を行う。この際、2枚目以降については、受給者証番号を除く支給決定障害者等欄、指定事業所番号を除く請求事業者欄の記載は省略して差し支えない。また、請求額集計欄の合計は最終枚目に記載するものとする。

(3) 1人の支給決定障害者等について、同一月分の同一様式の明細書を2件に分けて作成することはできない(上記(2)を除く。)

3 サービス提供実績記録票(写し。I 2. 6)で作成したもの)

4 上限額管理結果票

5 入院・外泊報告書

6 フロッピーディスク等(姫路市請求ソフトを使用して1、2を作成した場合、電子データ(テキストファイル)を入れたもの。)

※ 2と3については、受給者証番号順に並べてください。

※ 1～3については、請求関係書類として、事業者でも保管が必要です。

Ⅲ 請求書等記載例

- 1 介護給付費・訓練等給付費等請求書に関する事項（様式第一）
 （1 事業者番号、市町村ごとに1月に1枚作成する。）

介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成21年2月10日

（ 請 求 先 ）

（あて先） 姫路市長

| | | |
|-------|-------------|----------------------|
| 請求事業者 | 指定事業所番号 | 2 8 1 4 0 1 2 3 4 5 |
| | 住所 (所在地) | 〒 670-XXXX 姫路市XXX |
| | 電話番号 | 079-XXX-XXXX |
| | 名 称 | ひめじ生活介護センター |
| | 職・氏名 | 理事長 姫路 太郎 |

下記のとおり請求します。

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 2 | 1 | 年 | 0 | 1 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | |
|------|---|---|----|---|-------|
| 請求金額 | | ¥ | 百万 | 千 | 円 |
| | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 5 6 |

| 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 | 生活介護 | 25 | 335,028 | 3,410,570 | 3,318,030 | 0 | 92,540 | 0 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 訓練等給付費 | 就労継続B型 | 10 | 102,324 | 1,040,629 | 1,013,226 | 0 | 27,403 | 0 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 小 計 | 35 | 437,352 | 4,451,199 | 4,331,256 | 0 | 119,943 | 0 | |
| 特定障害者特別給付費 | | | | | | | 0 | |
| 合 計 | 35 | 437,352 | 4,451,199 | 4,331,256 | 0 | 119,943 | 0 | |

● 記載要領

(1) 請求事業者欄・請求金額欄等

④

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 指定事業所番号 | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | 〒 670-XXXX | | | | | | | | | |
| 請求事業者 | 住所 (所在地) | 姫路市XXX | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 079-XXX-XXXX | | | | | | | | | |
| | 名称 | ひめじ生活介護センター | | | | | | | | | |
| | 職・氏名 | 理事長 姫路 太郎 印 | | | | | | | | | |

① (あて先) 姫路市長

下記のとおり請求します。

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 2 | 1 | 年 | 0 | 1 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

| | | | | | | | | | | | | |
|------|--|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求金額 | | ¥ | 百万 | 4 | 3 | 3 | 千 | 1 | 2 | 5 | 円 | 6 |
|------|--|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

③

- ① 請求先
請求に係る支給決定障害者等の支給決定をした市町村名を記載する。
- ② 請求年月
当該請求に係るサービスを提供した年月を和暦で記載する。
- ③ 請求金額
当該事業所(指定事業所番号単位)による当該サービス提供月における当該市町村に対する障害福祉サービス給付費の請求合計額を記載する。
- ④ 請求事業者
 - 指定事業所番号
当該事業所の指定事業所番号を記載する。
 - 住所(所在地)
主たる事業所の郵便番号と所在地を記載する。
 - 電話番号
主たる事業所の電話番号を記載する。
 - 名称
主たる事業所の名称として届け出た名称を使用する。
 - 職・氏名
代表者の職・氏名を記載し、押印する。

(2) 請求内訳

指定事業所番号単位で提供した障害福祉サービス等の種類ごとの請求内訳を記載する。

| ① | | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | |
|------------|--------|----|---------|-----------|------------|--------------|------------|------------|---|
| 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 訓練 | 生活介護 | 25 | 335,028 | 3,410,570 | 3,318,030 | 0 | 92,540 | 0 | |
| | 就労継続B型 | 10 | 102,324 | 1,040,629 | 1,013,226 | 0 | 27,403 | 0 | |
| 小 計 | | 35 | 437,352 | 4,451,199 | 4,331,256 | 0 | 119,943 | 0 | |
| 特定障害者特別給付費 | | | | | | | | 0 | ⑨ |
| 合 計 | | 35 | 437,352 | 4,451,199 | 4,331,256 | 0 | 119,943 | 0 | ⑩ |

① 区分

請求に係る障害福祉サービスの種別を介護給付費・訓練等給付費に分けて記載する。(1つのサービス種別につき1行で記載)

② 件数

各区分ごとに当該障害福祉サービスが含まれている介護給付費・訓練等給付費等明細書の件数(支給決定障害者等1人につき1件とカウント)を記載する。

③ 単位数

各区分ごとに介護給付費・訓練等給付費等明細書に記載された給付単位数の合計を記載する。

④ 費用合計

各区分ごとに介護給付費・訓練等給付費等明細書に記載された総費用額の合計を記載する。

※ ④=⑤+⑥+⑦+⑧となること。

⑤ 給付費請求額

各区分ごとに介護給付費・訓練等給付費等明細書に記載された給付費請求額の合計を記載する。

⑥ 特別対策費請求額

各区分ごとに介護給付費・訓練等給付費等明細書に記載された特別対策費請求額の合計を記載する。

⑦ 利用者負担額

各区分ごとに介護給付費・訓練等給付費等明細書に記載された決定利用者負担額の合計を記載する。

⑧ 自治体助成額

各区分ごとに介護給付費・訓練等給付費等明細書に記載された「自治体助成分請求額」の合計を記載する。

※ 市町村が、当該請求様式を活用して地方単独助成事業に係る請求事務を行う場合に限られる。

⑨ 特定障害者特別給付費

指定障害者支援施設等は、特定障害者特別給付費の請求がある場合、該当する項目について上記に準じて記載する。

⑩ 合計

障害福祉サービス給付費の合計(縦計)を記載する。

2 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二）に関する事項

介護給付費・訓練等給付費等請求書（様式第一）と同様、指定障害福祉サービス事業のサービス提供に係る介護給付費・訓練等給付費等の代理受領を行う指定障害福祉サービス事業所が作成する。
 （指定事業所番号単位で、支給決定障害者等 1 人につき 1 月に 1 件作成する。）

| 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 | | | | | 2 | 8 | 2 | 0 | 1 | 2 | 平成 2 1 年 0 1 月分 | | | | | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定事業所番号 | | | | | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 請求事業者 | | | | | |
| 事業者及びその事業所の名称 | | | | | 特定非営利活動法人 ひめじ生活介護センター | | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域区分 | | | | | 乙地 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 支給決定障害者等氏名 | | | | | 姫路 一郎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害児氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額 ① | | | | | 3 | 0 | 0 | 0 | 就労継続支援A型減免対象者 | | | | | 1 | | | | | | |
| 利用者負担上限額 管理事業所 | | | | | 指定事業所番号 2 8 1 4 0 1 2 3 4 5 | | | | | 管理結果 1 | | | | | 管理結果額 3,000 | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | ひめじ生活介護センター | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | 2 2 | 開始年月日 | 平成 | 2 1 | 年 | 0 1 | 月 | 1 0 | 日 | 終了年月日 | 平成 | | | | 日 | 利用日数 | 1 0 | 入院日数 | | |
| | | 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 終了年月日 | 平成 | | | | 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 | | | | 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 | | | | | |
| | 生活介護Ⅳ1 | | 2 2 1 2 3 1 | | | 8 8 4 | | | 10 | | | 8 8 4 0 | | | | | | | | |
| 生介食事提供体制加算 | | 2 2 5 0 7 0 | | | 4 2 | | | 5 | | | 2 1 0 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | サービス種類コード | 22 生活介護 | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | | | |
| | サービス利用日数 | 10 日 | | | 日 | | | 日 | | | 日 | | | | | | | | | |
| | 給付単位数 | 9,050 | | | | | | | | | | | | 9,050 | | | | | | |
| | 単位数単価 | 10.18 円/単位 | | | 円/単位 | | | 円/単位 | | | 円/単位 | | | | | | | | | |
| | 給付率 | 90 / 100 | | | / 100 | | | / 100 | | | / 100 | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | 92,129 | | | | | | | | | | | | 92,129 | | | | | | |
| | 給付率に基づく | 請求額 | 82,916 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 利用者負担額② | 9,213 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上限月額調整(①②の内少ない数) | | 3,000 | | | | | | | | | | | | 3,000 | | | | | |
| | 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 | | 3,000 | | | | | | | | | | | | 3,000 | | | | | | |
| 決定利用者負担額 | | 3,000 | | | | | | | | | | | | 3,000 | | | | | | |
| 請求額 | 給付費 | 89,129 | | | | | | | | | | | | 89,129 | | | | | | |
| | 特別対策費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 1 枚中 1 枚目 | | | | | | |

(1) 支給決定障害者欄・請求事業者欄等

| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① | 市町村番号 | 2 | 8 | 2 | 0 | 1 | 2 | | | | | | 平成 | 2 | 1 | 年 | 0 | 1 | 月 | 分 |
| | 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 受給者証番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | ⑤ | |
| | 支給決定障害者等氏名 | 姫路 一郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 支給決定に係る障害児氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 指定事業所番号 | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | ⑥ | | | |
| | | 請求事業者 事業者及びその事業所の名称 | 特定非営利活動法人 ひめじ生活介護センター ひめじ生活介護センター | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 地域区分 | 乙地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | |
| | | 利用者負担上限月額 | ① | 3 | 0 | 0 | 0 | | | | | 就労継続支援A型減免対象者 | 1 | | | | | | | |
| | | ③ | | | | | ④ | | | | | | | | | | | | | |

- ① 市町村番号
請求に係る支給決定障害者等の受給者証に記載された市町村番号を記載する。
- ② 支給決定障害者等
 - 受給者証番号
請求に係る支給決定障害者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。
 - 支給決定障害者等氏名
請求に係る支給決定障害者等の受給者証に記載された支給決定障害者等の氏名を記載する。
 - 支給決定に係る障害児氏名
請求に係る利用者が障害児の場合は、請求に係る支給決定障害者等の受給者証に記載された支給決定に係る障害児の氏名を記載する。
- ③ 利用者負担上限月額
請求に係る支給決定障害者等の受給者証に記載された利用者負担上限月額を記載する。
- ④ 就労継続支援A型減免対象者
就労継続支援A型事業利用者で、雇用形態にある利用者については、「2」を記載する。その他は「1」を記載する
- ⑤ 請求事業者
 - 指定事業所番号
当該事業所の指定事業所番号を記載する。
 - 事業者及びその事業所の名称
当該事業者名及び、事業所名を記載する。
- ⑥ 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施
就労継続支援A型事業において、雇用形態にある利用者に対して利用者負担の減免を実施する事業者は、「2」を記載する。その他は「1」を記載する

(2) 利用者負担上限額管理結果欄

請求に係る支給決定障害者等が上限額管理対象者である場合は、当該支給決定障害者等の利用者負担上限額管理結果に基づき、上限額管理者又は関係事業所の区分に応じ記載する。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|---|-------|-------|
| | | ① | | | | | | | | ② | | | ③ | | |
| 利用者負担上限額 管理事業所 | 指定事業所番号 | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 管理結果 | 1 | 管理結果額 | 3,000 |
| | 事業所名称 | ひめじ生活介護センター | | | | | | | | | | | | | |

- ① 指定事業所番号、事業所名称
上限額管理事業所の指定事業所番号及び事業所の名称を記載する。
- ② 管理結果
「利用者負担上限額管理結果票」(以下「管理結果票」という。)に記載された「管理結果」を記載する。
- ③ 管理結果額
管理結果票の「利用者負担額集計・調整欄」の「管理結果」欄に記載された当該事業所に係る「利用者負担額」を記載する。

 Point

【利用者負担上限額管理結果票】

管理結果票の「管理結果」及び「利用者負担額集計・調整額」欄は次のとおり。

| | |
|--|--|
| 利用者負担上限額管理結果(障害福祉サービス) | |
| 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。 | |

| 利用者負担額集計・調整額 | 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|----|--------|-------|-------|---|---|---|---|
| | | | 事業所名称 | | | | | |
| | | 総費用額 | | | | | | |
| | | 利用者負担額 | | | | | | |
| 管理結果 | | 利用者負担額 | | | | | | |
| | | 介護給付費等 | | | | | | |

(3) サービス提供の開始・終了等の状況

同一事業所番号単位で提供したサービス種別の番号を記載し、その右欄に、当該サービスに係る開始年月日、終了年月日、利用日数及び入院・外泊日数を記載する。

| サービス種別 | ① | | ② | | ③ | | ④ | | ⑤ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|------|---|---|------|--|--|
| | 2 | 2 | 平成 | 2 | 1 | 年 | 0 | 1 | 月 | 1 | 0 | 日 | 終了年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 利用日数 | 1 | 0 | 入院日数 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

① サービス種別

サービスコード表に記載されたサービス番号を記載する。

⑤ 入院日数（施設入所支援、旧法施設支援（入所）、療養介護のみ）

・支給決定障害者が当該月に入院又は外泊をした日数（入院又は外泊を開始した日及び施設等に戻った日は含まない。）を記載する。

●施設入所支援、旧法施設支援（旧知的障害者通勤寮を含む入所）、療養介護、宿泊型自立訓練の場合

② 開始年月日

・支給決定障害者が当該施設等に入所した日付を記載する（請求の都度記載）。

・同一月内に同一の施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所中であれば、当該入所の年月日を記載する。月初日に入所中でなければ、当該月の最初に入所した年月日を記載する。

※ 施設入所支援及び療養介護で、新体系に移行した日において現に入所している者は、新体系に移行した日を記載する。

※ 旧法施設支援（入所）で、支援費制度において施設訓練等支援費の支給決定を受けており、平成18年10月1日に現に入所している者は、支援費制度の下での入所日（平成15年4月1日以降）を記載する。

③ 終了年月日

・支給決定障害者が月の途中で退所した場合に、退所した日付を記載する。

・同一月内に同一の施設等の入退所を繰り返した場合、月末日に入所中であれば記載を省略する。月末日に入所中でなければ、当該月の最後に退所した年月日を記載する。

・退所日の翌月以降に地域移行加算又は退所時特別支援加算を算定する場合は、当該加算請求時にも退所年月日を記載する。

④ 利用日数

・支給決定障害者が当該月に実際に入所していた日数を記載する。日数には入所日及び退所日を含むものとし、入院又は外泊をした日数（入院又は外泊を開始した日及び施設等に戻った日は含まない。）は含めない。

●居宅介護、重度訪問介護、行動援護、生活介護、児童デイサービス、重度障害者等包括支援、自立訓練（宿泊型自立訓練を除く）、就労移行支援、就労継続支援の場合

② 開始年月日

・支給決定障害者に対し、一連とみなされる利用契約の下で最初にサービスを提供した日付を記載する（請求の都度記載）。

※ 居宅介護等、平成18年4月から自立支援法に移行したサービスについては、平成18年4月1日以降における最初にサービス提供した日を記載する。

③ 終了年月日

・支給決定障害者に対し、一連とみなされる利用契約を解消し、月の途中でサービスの提供を中止した場合に、最後にサービスを提供した日付を記載する。

④ 利用日数

・障害者等が当該月に実際にサービス利用した日数を記載する。

●短期入所の場合

② 開始年月日

・前月から継続して入所している場合はその入所した日付を記載し、それ以外の場合は当該月の最初に入所した日付を記載する。

③ 終了年月日

・当該月における最初の退所した日付を記載する。当該月に退所がなく、月末日において入所継続中の場合は記載しない。

④ 利用日数

・障害者等が当該月に実際にサービス利用した日数を記載する。

(4) 給付費明細欄

請求する報酬の算定内訳を記載する。

| 給付費明細欄 | ① | | | | | | ② | | | ③ | ④ | | | | 摘要 | | | | | | |
|--------|------------|--|--|--|--|--|---------|---|---|-----|----|---------|---|---|----|----|---|---|---|---|--|
| | 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 | | | | | | | | | |
| | 生活介護Ⅳ 1 | | | | | | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 8 | 8 | 4 | 10 | 8 | 8 | 4 | 0 | |
| | 生介食事提供体制加算 | | | | | | 2 | 2 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 4 | 2 | 5 | | 2 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

① サービス内容、サービスコード

請求対象サービスに対応するサービスコード表のサービス内容略称及びサービスコードを記載する。

② 単位数

請求対象サービスに対応する算定単位数（サービスコード単位数）をサービスコード表で確認して記載する。

③ 回数

当該月におけるサービスの提供回数を記載する。

④ サービス単位数

「② 単位数」に「③ 回数」を乗じて算出した単位数を記載する。

 Point

障害福祉サービス給付費の報酬算定の方法

① 算定単位数の算出（端数処理：小数点以下四捨五入）

サービスコード表よりサービスコード単位数を抽出する。

$$\text{サービスコード単位数} = \text{告示単位} \times \text{加減算}$$

② サービス単位数の算出

サービスコード単位数に一月の提供回数に乗じる。

$$\text{サービス単位数} = \text{サービスコード単位数} \times \text{提供回数}$$

③ 総費用額（100/100）の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

サービス種別ごとにサービス単位数を合算し、給付単位数を求める。当該給付単位数に単位数単価を乗じて算出する。

$$\text{総費用額} = \text{給付単位数} \times \text{単位数単価（地域区分）}$$

④ 障害福祉サービス給付費の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

総費用額に給付率（90/100）を乗じて障害福祉サービス給付費給付費を算出する。

$$\text{障害福祉サービス給付費} = \text{総費用額} \times \text{給付率}$$

⑤ 利用者負担額の算出

総費用額から介護給付費を控除した額

$$\text{利用者負担額} = \text{総費用額} - \text{障害福祉サービス給付費}$$

(5) 請求額集計欄

支給決定障害者等に同一指定事業所番号単位で実施したサービス種別ごとに、左欄から順に給付費の明細を集計する。サービス種別の記載順は、利用者負担額を優先徴収する順序（居住系サービス、日中活動系サービス、訪問系サービス、短期入所の順（上限額管理者の優先順序と同様））とする。

| | | | | | | | | | | ⑮ | |
|------------------|-----------|--------|---|---|------|---|------|---|------|---|--------|
| サービス種類コード | 22 | 生活介護 | ① | | | | | | | | 合計 |
| サービス利用日数 | 10 | 日 | ② | 日 | | 日 | | 日 | | | |
| 給付単位数 | 9,050 | | ③ | | | | | | | | 9,050 |
| 単位数単価 | 10.18 | 円/単位 | ④ | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | |
| 給付率 | 90 | /100 | ⑤ | | /100 | | /100 | | /100 | | |
| 総費用額 | 92,129 | | ⑥ | | | | | | | | 92,129 |
| 給付率に基づく | 請求額 | 82,916 | ⑦ | | | | | | | | |
| | 利用者負担額② | 9,213 | ⑧ | | | | | | | | |
| 上限月額調整(①②の内少ない数) | | 3,000 | ⑨ | | | | | | | | 3,000 |
| A型減免 | 事業者減免額 | | ⑩ | | | | | | | | |
| | 減免後利用者負担額 | | ⑪ | | | | | | | | |
| 調整後利用者負担額 | | | ⑫ | | | | | | | | |
| 上限額管理後利用者負担額 | | 3,000 | ⑬ | | | | | | | | 3,000 |
| 決定利用者負担額 | | 3,000 | ⑭ | | | | | | | | 3,000 |
| 請求額 | 給付費 | 89,129 | ⑮ | | | | | | | | 89,129 |
| | 特別対策費 | | ⑯ | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | ⑰ | | | | | | | | |

- ① サービス種類コード
当該サービス種類のサービスコードの上2桁の番号及び名称を記載する。
- ② サービス利用日数
当該月におけるサービス提供実日数を記載する。
- ③ 給付単位数
給付費明細欄のサービス単位数の合計を記載する。
- ④ 単位数単価（地域区分）
「厚生労働大臣が定める一単位の単価」に定める当該事業所に適用される一単位の単価を記載する。
- ⑤ 給付率
給付率を記載する。（受給者証に特別の記載がない限り90/100）。
※ 法第31条の規定に基づき、市町村が災害等による特例給付割合を設定し、受給者証の特記事項欄に給付率を記載している場合は、当該給付率を記載する。
※ 市町村等の地方単独助成事業により90/100を超え100/100以下の給付率を定めている場合は、当欄の給付率には反映させないこと。
- ⑥ 総費用額
「③給付単位数」に「④単位数単価（地域区分）」を乗じて得た額を記載する（小数点以下切捨て）。
- ⑦ 給付率に基づく請求額
「⑥総費用額」に給付率を乗じた額を記載する。（小数点以下切捨て）
- ⑧ 給付率に基づく利用者負担額
「⑥ 総費用額」から「⑦ 給付率に基づく請求額」を控除した額を記載する。
- ⑨ 上限月額調整
「⑧ 給付率に基づく利用者負担額」又は「(1) ③ 利用者負担上限月額」のうち低い方の額を記載する。
- ⑩ A型減免 事業者減免額
A型事業者が雇用形態にあるものに対して「利用者負担額の免除又は一部減免を実施した際に記載する。
- ⑪ A型減免 減免後利用者負担額
⑩に記載した減免額を⑨から減額した後の利用者負担額を記載する。

- ⑫ 調整後利用者負担額
 事業所番号単位で複数の事業を提供した場合に、「⑨ 上限月額調整」欄の合計額が負担上限月額より高い時に明細書単位で、利用者負担額の調整を行う。
 「調整後利用者負担額」欄の左より、利用者負担額を充当し、合計額が負担上限月額と一致することを確認する。
 ※ 明細書単位で負担上限月額を超えた利用者負担は発生しない
- ⑬ 上限額管理後利用者負担額
 請求に係る支給決定障害者等が上限額管理対象者である場合は、利用者負担上限額管理結果に基づき、「(2)③管理結果額」欄に記載された上限額管理後の利用者負担額に至るまで、左欄から順に当該サービス種別に係る「⑨ 上限月額調整」欄、「⑪ A型減免 減免後利用者負担額」欄又は「⑫ 調整後利用者負担額」欄の利用者負担額を転記（「管理結果額」に至るときは、当該「管理結果額」に至る額を限度に転記）し、合計額が「(2)③管理結果額」と一致することを確認する。
- ⑭ 決定利用者負担額
 「⑨ 上限月額調整」、「⑪ A型減免 減免後利用者負担額」、「⑫ 調整後利用者負担額」及び「⑬ 上限額管理後利用者負担額」で調整した、最終の利用者負担額を記載する。
- ⑮ 請求額 給付費
 「⑥ 総費用額」から「⑭ 決定利用者負担額」を控除した額を記載する。
 ※ 激変緩和加算の請求額は「⑯ 請求額 特別対策費」に記載する。
- ⑯ 請求額 特別対策費
 特別対策費である激変緩和加算に係る請求額を記載する
- ⑰ 自治体助成分請求額
 地方単独事業として利用者負担の全部または一部を助成する市町村においては、当欄を活用して地方単独事業に係る助成額の請求明細の提出を受けることを可能としている。記載方法については、各市町村が助成事業の内容に応じて設定し、関係事業者に周知すること。
- ⑱ 合計
 各欄の合計額（横計）を記載する

Point

【同一事業所番号単位で実施したサービス種別ごとの例外】

- ① 丙地以外に所在する旧身体障害者療護施設において旧身体障害者療護施設支援（入所）を行った場合で、遷延性意識障害者加算又は筋萎縮性側索硬化症等障害者加算があるときは、当該施設に適用される単位数単価とこれらの加算に適用される単位数単価（10円）とが異なることから、適用される単位数単価ごとに欄を分けて集計する。
- ② 激変緩和加算がある場合は、当該加算について利用者負担相当額を利用者から徴収しないことに鑑み、請求率は単位数を90/100とし、給付率を100/100として処理する。このため、本体報酬等とは列を分けて集計する。

(記載例)

| サービス種類コード | 2 2 生活介護 | | | | 2 2 生活介護 | | | | 1 1 居宅介護 | | | | 合計 | | | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|---------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|---|
| | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 7 | 9 |
| サービス利用日数 | 2 1 日 | | | | 2 1 日 | | | | 5 日 | | | | | | | | |
| 給付単位数 | 2 0 2 1 1 | | | | 1 6 8 | | | | 3 0 0 0 | | | | | | | | |
| 単位数単価 | 1 0 7 3 円/単 | | | | 1 0 7 3 円/単 | | | | 1 0 7 2 円/単 | | | | | | | | |
| 給付率 | 9 0 / 100 | | | | 1 0 0 / 100 | | | | 9 0 / 100 | | | | | | | | |
| 総費用額 | 2 1 6 8 6 4 | | | | 1 8 0 2 | | | | 3 2 1 6 0 | | | | 2 5 0 8 2 6 | | | | |
| 請求額集計欄 | 請求額 | | 1 9 5 1 7 7 | | 1 8 0 2 | | 2 8 9 4 4 | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額② | | 2 1 6 8 7 | | 0 | | 3 2 1 6 | | | | | | | | | | |
| 上限月額調整(①②の内少ない数) | | 6 1 5 0 | | 0 | | 3 2 1 6 | | 9 3 6 6 | | | | | | | | | |
| A型減免 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 減免後利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調整後利用者負担額 | | 6 1 5 0 | | 0 | | 0 | | 6 1 5 0 | | | | | | | | | |
| 上限額管理後利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定利用者負担額 | | 6 1 5 0 | | 0 | | 0 | | 6 1 5 0 | | | | | | | | | |
| 請求額 | | 2 1 0 7 1 2 | | 1 8 0 2 | | 3 2 1 6 0 | | 2 4 2 8 7 4 | | | | | | | | | |
| 特別対策費 | | | | 1 8 0 2 | | | | 1 8 0 2 | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(6) 利用者負担上限管理がある場合（「利用者負担の上限額管理について」参照）

① 明細書の内容から、利用者負担上限管理結果票、または利用者負担額一覧表を作成する。

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 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | 支給決定障害者等氏名 | | 請求事業者 | | 指定事業所番号 | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害者氏名 | | | 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 | | | | | | | |
| 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 |
| 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 | | サービス利用日数 | | 日 | 日 | 日 | | | | | | |
| 給付単位数 | | 単位数単価 | | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | | | | | | |
| 給付率 | | /100 | | /100 | /100 | | | | | | | |
| 総費用額 | | 請求額 | | | | | | | | | | |
| 給付率に基づく | | 利用者負担額② | | | | | | | | | | |
| 上限月額調整 (①②の内少ない数) | | 事業者減免額 | | | | | | | | | | |
| A型減免 | | 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |

明細書の内容から利用者負担上限額管理結果票、または利用者負担額一覧表の「総費用額」「利用者負担額」欄を記載

利用者負担上限額管理結果票

| | | | | | | |
|--------------|--------|-------|---|-------|---|---|
| 利用者負担額集計・調整額 | 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | 3 |
| | 事業所名称 | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | |
| 管理結果 | 利用者負担額 | | | | | |
| | 介護給付費等 | | | | | |

上限管理者の場合

利用者負担額一覧表

| | | | | |
|------|-------------------------|------|-------------|--------|
| 事業種別 | (障害福祉サービス * 地域生活支援事業) | | ※どちらかに○をつける | |
| 項番 | 支給決定障害者等欄 | | | |
| 1 | 市町村番号 | 総費用額 | 利用者負担額 | 提供サービス |
| | 受給者番号 | | | |
| | 氏名 | | | |
| 2 | 市町村番号 | 総費用額 | 利用者負担額 | 提供サービス |
| | 受給者番号 | | | |
| | 氏名 | | | |
| 3 | 市町村番号 | 総費用額 | 利用者負担額 | 提供サービス |
| | 受給者番号 | | | |
| | 氏名 | | | |

上限管理者ではない場合

② 上限管理事業者は、利用者負担額一覧表の内容を利用者負担上限管理結果票に記載する。

利用者負担上限額管理結果票

| | | | | | | | | |
|--------------|--------|--------|---|-------|---|--|---|--|
| 利用者負担額集計・調整額 | 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | | 3 | |
| | 事業所名称 | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | |
| | 管理結果 | 利用者負担額 | | | | | | |
| | 介護給付費等 | | | | | | | |

利用者負担額一覧表

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--------|--|--|--|--|
| 事業種別 | (障害福祉サービス * 地域生活支援事業) ※どちらかに○をつける | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 項番 | 支給決定障害者等欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 市町村番号 | | | | | | | | | | | 総費用額 | | 提供サービス | | | | |
| | 受給者番号 | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 市町村番号 | | | | | | | | | | | 総費用額 | | 提供サービス | | | | |
| | 受給者番号 | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 市町村番号 | | | | | | | | | | | 総費用額 | | 提供サービス | | | | |
| | 受給者番号 | | | | | | | | | | | 利用者負担額 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

③ 上限管理事業者は、上限管理の調整を行う。(管理結果欄、合計欄、利用者負担上限額管理結果の記載) また、調整後の利用者負担上限額管理結果票を他の事業所に送付する。

調整後の利用者負担上限額管理結果票をもとに、上限管理結果を反映させた明細書を作成する。

※ 上限管理加算は管理結果が「3」の場合のみ、上限管理事業者において算定できます。

(例1) 管理結果「1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。」の場合。(利用者負担上限月額「3,000円」の場合)

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| 利用者負担額集計・調整額 | 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | | 3 | | 4 | |
| | 事業所名称 | | A事業所 | | B事業所 | | C事業所 | | 合計 | |
| | 総費用額 | | 50000 | | 35000 | | 10000 | | 95000 | |
| | 利用者負担額 | | 3000 | | 3000 | | 1000 | | 7000 | |
| | 管理結果 | 利用者負担額 | 3000 | | 0 | | 0 | | 3000 | |
| | 介護給付費等 | 47000 | | 35000 | | 10000 | | 92000 | | |

<A 事業所>

利用者負担額： 3,000 円

介護給付費請求額： 47,000 円 (50,000 円 - 3,000 円)

<B 事業所>

利用者負担額： 0 円 (A 事業所で利用者負担上限月額に達するため利用者負担をとらない。)

介護給付費請求額： 35,000 円 (35,000 円 - 0 円)

<C 事業所>

利用者負担額： 0 円 (A 事業所で利用者負担上限月額に達するため利用者負担をとらない。)

介護給付費請求額： 10,000 円 (10,000 円 - 0 円)

<明細書記載例：A事業所>

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 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 分 | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | 指定事業所番号 | | | | | | | | |
| 支給決定障害者等氏名 | | | | 事業者及びその事業所の名称 | | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害者氏名 | | | | 地域区分 | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額 (1) | | | | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | | | | | | | | |
| 利用者負担上限額 | 指定事業所番号 | | | | 管理結果 | 1 | 管理結果額 | 3000 | | | | |
| 管理事業所 | 事業所名称 | A事業所 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 合計 | | | | |
| | サービス利用日数 | 日 | | | 日 | | | 日 | | | | |
| | 給付単位数 | 5000 | | | | | | 5000 | | | | |
| | 単位数単価 | 1000 | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | | | | |
| | 給付率 | 90 | /100 | | /100 | | /100 | | | | | |
| | 総費用額 | 50000 | | | | | | 50000 | | | | |
| | 給付率に基づく | 請求額 | 45000 | | | | | | | | | |
| | | 利用者負担額② | 5000 | | | | | | | | | |
| | 上限月額調整 (①②の内少ない数) | 3000 | | | | | | 3000 | | | | |
| | 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 | 3000 | | | | | | 3000 | | | | | |
| 決定利用者負担額 | 3000 | | | | | | 3000 | | | | | |
| 請求額 | 給付費 | 47000 | | | | | | 47000 | | | | |
| | 特別対策費 | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

デイサービス、短期入所、移行支援 (就労継続支援)

平成 年 月 分

分

者負担減免措置実施

<明細書記載例：B事業所>

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------------|-----------|--------|-------|---------|-------|-------|-------|---|---|------|------|
| 利用者負担上限額 | 指定事業所番号 | | | | 管理結果 | 1 | 管理結果額 | 0 | | | | |
| 管理事業所 | 事業所名称 | A事業所 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 合計 | | | | |
| | サービス利用日数 | 日 | | | 日 | | | 日 | | | | |
| | 給付単位数 | 3500 | | | | | | 3500 | | | | |
| | 単位数単価 | 1000 | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | | | | |
| | 給付率 | 90 | /100 | | /100 | | /100 | | | | | |
| | 総費用額 | 35000 | | | | | | 35000 | | | | |
| | 給付率に基づく | 請求額 | 31500 | | | | | | | | | |
| | | 利用者負担額② | 3500 | | | | | | | | | |
| | 上限月額調整 (①②の内少ない数) | 3000 | | | | | | 3000 | | | | |
| | 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 | 0 | | | | | | 0 | | | | | |
| 決定利用者負担額 | 0 | | | | | | 0 | | | | | |
| 請求額 | 給付費 | 35000 | | | | | | 35000 | | | | |
| | 特別対策費 | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

※C事業所の書き方も同じ考え方です。

(例2) 管理結果「2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。」
の場合。(利用者負担上限月額「3,000円」の場合)

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------|--------|-------|-------|------|-----|---|--|---|-------|----|
| 利用者負担額集計・調整額 | 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | | 3 | | 4 | | 合計 |
| | 事業所名称 | | A事業所 | | B事業所 | | | | | | |
| | 総費用額 | | 20000 | | 5000 | | | | | 25000 | |
| | 利用者負担額 | | 2000 | | 500 | | | | | 2500 | |
| | 管理結果 | 利用者負担額 | | 2000 | | 500 | | | | | |
| | 介護給付費等 | | 18000 | | 4500 | | | | | 22500 | |

<A事業所>

利用者負担額：2,000円

介護給付費請求額：18,000円 (20,000円 - 2,000円)

<B事業所>

利用者負担額：500円 (全事業所の負担を合計しても上限に達しないため、1割をとれる。)

介護給付費請求額：4,500円 (5,000円 - 500円)

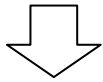
<明細書記載例：A事業所>

| 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、生妊介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、障害移行支援、障害継続支援) | | | | | | | | | | | | |
| 市町村番号 | | | | 平成 | | | | 年 | | 月分 | | |
| 助成自治体番号 | | | | 指定事業所番号 | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | 請求事業者 | | | | 事業者及びその事業所の名称 | | | | |
| 支給決定障害者等氏名 | | | | 地域区分 | | | | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | | | | |
| 支給決定に係る障害児氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 指定事業所番号 | | 管理結果 | | 2 | | 管理結果額 | | 2000 | | |
| 管理事業所 | | 事業所名称 | | A事業所 | | | | | | | | |
| 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 | |
| | 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 終了年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 利用日数 | |
| 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 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 2000 | |
| | 給付単位数 | 2000 | | | | | | | | | 2000 | |
| | 単位数単価 | 100 | 円/単位 | | | | | | | | 円/単位 | |
| | 給付率 | 90 | /100 | | | | | | | | /100 | |
| | 総費用額 | 20000 | | | | | | | | | 20000 | |
| | 給付率に基づく | 請求額 | 18000 | | | | | | | | | |
| | | 利用者負担額② | 2000 | | | | | | | | | |
| | 上限月額調整(①②の内少ない数) | | 2000 | | | | | | | | | 2000 |
| | 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 | | 2000 | | | | | | | | | 2000 | |
| 決定利用者負担額 | | 2000 | | | | | | | | | 2000 | |
| 請求額 | 給付費 | 18000 | | | | | | | | | 18000 | |
| | 特別対策費 | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| | | | | 枚中 枚目 | | | | | | | | |

※B事業所の書き方も同じ考え方です。

(例3) 管理結果「3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。」の場合。(利用者負担上限月額「3,000円」、A事業所が丙地所在の場合)

| 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | 3 | 4 | 合計 | | | | |
|--------------|-------|--------|-------|-------|---|-------|----|-------|--|-------|--|
| | | A事業所 | | B事業所 | | C事業所 | | | | | |
| 利用者負担額集計・調整額 | | 事業所名称 | | A事業所 | | B事業所 | | C事業所 | | 合計 | |
| | | 総費用額 | | 20000 | | 15000 | | 10000 | | 45000 | |
| | | 利用者負担額 | | 2000 | | 1500 | | 1000 | | 4500 | |
| 管理結果 | | 利用者負担額 | | 2000 | | 1000 | | 0 | | 3000 | |
| | | 介護給付費等 | | 18000 | | 14000 | | 10000 | | 42000 | |



A事業所に上限管理加算が発生する。(※サービス種別による)

| 項番 | 事業所番号 | 1 | 管理事業所 | 2 | 3 | 4 | 合計 | | | | |
|--------------|-------|--------|-------|-------|---|-------|----|-------|--|-------|--|
| | | A事業所 | | B事業所 | | C事業所 | | | | | |
| 利用者負担額集計・調整額 | | 事業所名称 | | A事業所 | | B事業所 | | C事業所 | | 合計 | |
| | | 総費用額 | | 21500 | | 15000 | | 10000 | | 46500 | |
| | | 利用者負担額 | | 2150 | | 1500 | | 1000 | | 4650 | |
| 管理結果 | | 利用者負担額 | | 2150 | | 850 | | 0 | | 3000 | |
| | | 介護給付費等 | | 19350 | | 14150 | | 10000 | | 43500 | |

<A事業所>

総費用額： 20,000円
 利用者負担額： 2,000円
 介護給付費請求額： 18,000円 (20,000円 - 2,000円)



総費用額： 21,500円 ((2,000 + 150 (上限管理加算単価)) × 単位数単価)
 利用者負担額： 2,150円
 介護給付費請求額： 19,350円 (21,500円 - 2,150円)

<B事業所>

利用者負担額： 1,000円
 (上限額管理事業者のみでは負担上限月額を超えないため、調整した利用者負担額をとる。)
 介護給付費請求額： 14,000円 (15,000円 - 1000円)



利用者負担額： 850円
 (上限額管理事業者のみでは負担上限月額を超えないため、調整した利用者負担額をとる。)
 介護給付費請求額： 14,150円 (15,000円 - 850円)

<C事業所>

利用者負担額： 0円
 (利用者負担額を調整した結果、利用者負担額をとらない。)
 介護給付費請求額： 10,000円 (10,000円 - 0円)

Point

※ 上限管理加算のつかないサービス種別

障害者支援施設 (施設入所支援)、指定旧法施設 (入所)、共同生活介護、共同生活援助、短期入所事業所、福祉ホーム事業所、日中短期入所事業所

<明細書記載例：A事業所>

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書 <small>(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)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|------|----|--|---|---------|-----------|-------|------|-------|---------|------|---------|-----------|---|--|---|--|-------|--|------|--|------|------|--|--|--|--|
| 市町村番号 | | | | | 平成 | | | | | 年 | | | | | 月分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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 | | | | | 指定事業所番号 | | | | | 管理結果 | | | | | 3 | | | | | 管理結果額 | | | | | 2150 | | | | |
| 管理事業所 | | | | | 事業所名称 | | | | | A事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 〇〇〇 | | | X X X X X X | | | 2 0 0 | | 1 0 | | 2 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 上限管理加算 | | | X X 5 0 1 0 | | | 1 5 0 | | 1 | | 1 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | サービス種類コード | | | 〇〇 | | | | | | | | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | サービス利用日数 | | | 1 0 日 | | | | | 日 | | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 給付単位数 | | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 単位数単価 | | | 1 0 0 0 円/単位 | | | | | 円/単位 | | | 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 給付率 | | | 9 0 /100 | | | | | /100 | | | /100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 総費用額 | | | | | | 2 1 5 0 0 | | | | | | | 2 1 5 0 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 給付率に基づく | | | 請求額 | | | 1 9 3 5 0 | | | | | | | / / / / / | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 利用者負担額② | | | 2 1 5 0 | | | | | | | / / / / / | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 上限月額調整 (①②の内少ない数) | | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 決定利用者負担額 | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | 2 1 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 請求額 | | | 給付費 | | | 1 9 3 5 0 | | | | | | | 1 9 3 5 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別対策費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 枚中 枚目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

<明細書記載例：B事業所>

| 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 | | | | | | | | | | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | 指定事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定障害者等氏名 | | | | | | | | | | | | 請求事業者 事業者及びその事業所の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害者氏名 | | | | | | | | | | | | 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 A事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 日 日 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付単位数 | | | | | | | | | | | | 1 5 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位数単価 | | | | | | | | | | | | 1 0 0 0 円/単位 円/単位 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付率 | | | | | | | | | | | | 9 0 /100 /100 /100 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総費用額 | | | | | | | | | | | | 1 5 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | | | | | | | | | | | 給付率に基づく 請求額 1 3 5 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 利用者負担額② 1 5 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 上限月額調整(①②の内少ない数) 1 5 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 8 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定利用者負担額 | | | | | | | | | | | | 8 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額 | | | | | | | | | | | | 1 4 1 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別対策費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 枚中 枚目 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 分 負担減免措置実施 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

<明細書記載例：C事業所>

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 A事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 日 日 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付単位数 | | | | | | | | | | | | 1 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位数単価 | | | | | | | | | | | | 1 0 0 0 円/単位 円/単位 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付率 | | | | | | | | | | | | 9 0 /100 /100 /100 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総費用額 | | | | | | | | | | | | 1 0 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | | | | | | | | | | | 請求額 9 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 利用者負担額② 1 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 決定利用者負担額 | | | | | | | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額 | | | | | | | | | | | | 1 0 0 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別対策費 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自治体助成分請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 枚中 枚目 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三）に関する事項

共同生活介護又は共同生活援助に係る明細書については、本様式を使用する。「給付費明細欄」及び「請求額集計欄」の記載は様式第二と同様である。

※ 支給決定障害者が月途中で同一指定事業所番号の共同生活援助事業所から共同生活介護事業所に利用変更した場合等は、同一の明細書に記載する。

| 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 | | | | | 平成 | | | | | 年 月 分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定障害者等氏名 | | | | | | 地域区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害児氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 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 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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 | | | | | 当該事業所への通所日数 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | /100 | | /100 | | // | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付率 | | /100 | | /100 | | /100 | | /100 | | // | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総費用額 | | | | | | | | | | // | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | 請求額 | | 利用者負担額② | | | | | | // | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | // | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | // | | | | | | | | | | | | | | | |

(※様式第二と記載事項又は記載方法が異なるもののみ、以下に記載要領を整理する。)

(1) 障害程度区分欄

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | 平成 | | | | | | | | | |
| 2 8 2 0 1 2 | | | | | | | | | | 2 1 年 0 1 月分 | | | | | | | | | |
| 助成自治体番号 | | | | | | | | | | 指定事業所番号 | | | | | | | | | |
| 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | | | | | | | | | | 2 8 2 4 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | 請求事業者 事業者及びその事業所の名称 ○○○○○○○○○○○ 地域区分 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 障害程度区分 ① | | | | | | | | | |
| 1 2 3 4 | | | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | |

① 障害程度区分

請求に係る支給決定障害者の受給者証に記載された障害程度区分を記載する。

- ※ 共同生活援助を提供する共同生活住居の入居者で障害程度区分の認定を受けていない者は空白とする。
- ※ 月の途中で障害程度区分が変更された場合は、当欄には月の末日における区分を記載し、給付費明細欄において、変更前及び変更後の区分に係るサービスコードを記載した行の摘要欄に「平成○年○月○日まで (から)」と記載する。

(2) 入退居等の状況欄

共同生活援助又は共同生活介護ごとに記載する。

- ※ 支給決定障害者が月途中で同一指定事業所番号の共同生活援助事業所から共同生活介護事業所に利用変更した場合は、共同生活援助を行う共同生活住居は共同生活介護の提供を開始した日の前日をもって退居とし、共同生活介護を行う共同生活住居は共同生活介護の提供を開始した日をもって入居とする。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|-----|--|-------|--|----|--|-----|--|---|--|-----|--|-------|--|-----|--|---|--|-------|--|----|--|------|--|------|--|---|--|------|--|------|--|
| ① | | | | | | | | | | ② | | | | | | | | | | ③ | | | | ④ | | | | | | | | | |
| サービス種別 | | 3 1 | | 開始年月日 | | 平成 | | 1 8 | | 年 | | 1 0 | | 月 | | 0 1 | | 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 | | | | | | | |

① 入居年月日

- ・ 支給決定障害者が当該共同生活介護又は共同生活援助を行う共同生活住居（以下「共同生活住居」という。）に入居した年月日を記載する（請求の都度記載。）。
- ・ 同一月内に同一指定事業所番号の共同生活住居の入退居を繰り返した場合（共同生活介護と共同生活援助間の異動による場合を含む。退居年月日においても同じ。）は、月初日に入居中であれば、当該入居の年月日を記載し、月初日に入居中でなければ、当該月の最初に入居した年月日を記載する。

② 退居年月日

- ・ 支給決定障害者が当該共同生活住居を退居した月においては、退居年月日を記載する。
- ・ 同一月内に同一指定事業所番号の共同生活住居の入退居を繰り返した場合は、月末日に入居中であれば記載を省略し、月末日に入居中でなければ、当該月の最後に退居した年月日を記載する。

③ 入院日数

障害者が当該月に入院をした日数（入院を開始した日及び共同生活住居に戻った日は含まない。）を記載する。

④ 外泊日数

障害者が当該月に外泊をした日数（外泊を開始した日及び共同生活住居に戻った日は含まない。）を記載する。

※ 障害者が入院した医療機関を退院し、共同生活住居に戻らずそのまま外泊をした場合は、当該退院日については外泊日数にカウントする。

(3) 日中介護等支援加算欄

日中介護等支援加算を算定する場合は、請求に係る支給決定障害者の日中活動サービス事業所（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を行う事業所をいう。）の利用状況を次により記載する。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|----------|---------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|---|---|--|
| ① | | | | | | | | | | ② | | | | | | |
| 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 | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 当該事業所への通所日数 | 1 | 2 | |
| | | 事業所名称 | ○○○○○○○○○○ | | | | | | | | | | | | | |

① 指定事業所番号、事業所名称

請求に係る支給決定障害者が利用している日中活動サービス事業所の指定事業所番号及び事業所の名称を記載する。

② 当該事業所への通所日数

請求に係る支給決定障害者の当該月における当該事業所への通所日数（利用日数）を記載する。

4 障害福祉サービスに係る各種サービス提供実績記録票に関する事項

請求省令附則第2条第2項の規定により、サービス事業所は介護給付費・訓練等給付費等明細書等を市町村に提出する際には、提供した障害福祉サービスの内容の詳細を明らかにすることができる資料を添付するものとしている。この内容の詳細を明らかにする資料としてサービス実績記録票（以下「実績記録票」という。）を下記のとおり定める。

(1) 基本事項

- ① 実績記録票については、一事業所（事業所番号単位）の支給決定障害者等1人につき1月に1件作成すること。
- ② 1枚の実績記録票の実績記入欄に実績記録が記入しきれない場合は、何枚中の何枚目であるかを所定の欄に記載し、複数の実績記録票に分けて実績の記入を行うこと。この際、2枚目以降については、受給者証番号、事業所番号以外の記載は省略して差し支えないこと。
- ③ 1人の支給決定障害者について同一月分の、同一様式の実績記録票を2件に分けて作成することはできないこと（前記②を除く。）。

(2) サービス種別と実績記録票様式の対応関係

| 区 分 | サービス種別 | 実績記録票様式 |
|--------|-------------|-----------|
| 介護給付費 | 居宅介護 | 様式1 |
| | 行動援護 | 様式2 |
| | 重度訪問介護 | 様式3-1、3-2 |
| | 重度障害者等包括支援 | 様式4 |
| | 児童デイサービス | 様式5 |
| | 短期入所 | 様式6 |
| | 生活介護 | 様式7 |
| | 共同生活介護 | 様式8 |
| | 施設入所支援 | 様式9 |
| | 旧法施設支援（入所） | 様式10 |
| | 旧法施設支援（通勤寮） | 様式11 |
| | 旧法施設支援（通所） | 様式12 |
| 訓練等給付費 | 自立訓練（機能訓練） | 様式13 |
| | 自立訓練（生活訓練） | 様式14 |
| | 宿泊型自立訓練 | 様式15 |
| | 就労移行支援 | 様式16 |
| | 就労継続支援 | 様式17 |
| | 共同生活援助 | 様式18 |

※ 療養介護については、実績記録票の提出は要しないものとする。

ただし、診療録等により、運営基準に定める療養介護に係るサービス提供の実績を記録し、保管する必要があること。

(3) 各様式の記載要領（共通事項）

- ① サービス提供年月
当該サービスを提供した年月を和暦で記載する。
- ② 受給者証番号
サービス提供した支給決定障害者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

③ 支給決定障害者等氏名（障害児氏名）

サービス提供した支給決定障害者等の受給者証に記載された支給決定障害者等の氏名を記載する。

なお、障害児に対してサービスを提供した場合は、受給者証に記載された支給決定に係る障害児の氏名も（ ）書きで記載する。

④ 契約支給量

当該事業所が当該支給決定障害者等と当該サービスについて契約を行った契約支給量を記載する。

⑤ 事業所番号

指定事業所番号又は基準該当事業所の登録番号を記載する。

⑥ 事業者及びその事業所の名称

指定等を受けた際に届け出た事業者名及び事業所名称を記載する。

⑦ 利用者確認印

事業者は、サービス利用者に対し、原則としてサービス提供の都度、実績記録票の記載内容を提示し、確認並びに自署又は押印を求める。

⑧ 合計

当該項目の合計をそれぞれの単位に従って記載する。

(1) 居宅介護サービス提供実績記録票

平成 年 月 分

居宅介護サービス提供実績記録票

| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | |
|--------|-----------------|-----------------------|--------|-------|----------------|------|----------|-------|--------|-----|------|------------|--------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 契約支給量 | | 身体50時間 | | | | | | | | | | 事業者及びその事業所 | | | | | | | | | |
| 日付 | 曜日 | サービス内容 | 居宅介護計画 | | | | サービス提供時間 | | 算定時間数 | | 派遣人数 | サービス提供者印 | 利用者確認印 | 備考 | | | | | | | |
| | | | 開始時間 | 終了時間 | 計画時間数 時間 乗降 | 開始時間 | 終了時間 | 時間 | 乗降 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 月 | ① 身体 | 7:00 | 9:00 | 2 | | 7:00 | 9:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 1 | 月 | ② 身体 | 12:00 | 13:00 | 1 | | 12:00 | 13:00 | 1 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 1 | 月 | ③ 身体 | 18:00 | 19:00 | 1 | | 18:00 | 19:00 | 1 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 2 | 火 | 身体・3級 | 18:00 | 19:00 | 1 | | 18:00 | 19:00 | 1 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 3 | 水 | 身体・重訪 | 15:00 | 17:00 | 2 | | 15:00 | 17:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 4 | 木 | 身体 | 15:00 | 17:00 | 4 | (8) | 15:00 | 17:00 | 4 | (8) | 2 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 5 | 金 | ① 身体 | 10:00 | 12:00 | 2 | | 10:00 | 12:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| 5 | 金 | ② 身体 | 10:00 | 11:00 | 1 | | 10:00 | 11:00 | 1 | | 1 | 印 | 印 | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 月 | 通院(伴う) | 9:00 | 12:00 | 2.5 | | 9:00 | 12:00 | 2.5 | | 1 | 印 | 印 | 運転中0.5h除く | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 計画時間数計 | | 内訳(適用単価別) | | | | 算定時間数計 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 100% | 90% | 70% | 重訪 | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | 居宅における身体介護 | | 14 | | 11 | | 1 | 2 | 14 | | | | | | | | | | | | |
| | 通院介護(身体介護を伴う) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 家事援助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院介護(身体介護を伴わない) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通院等乗降介助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 居宅介護サービス提供実績記録票は区分ごとに1枚作成。上記記載例については例示のため通院(身体介護を伴う)の記載をしているので、実際にはサービス内容ごとに(身体介護、家事援助、通院介護(身体介護を伴う)、通院介護(身体介護を伴わない)、乗降介助)作成すること。

身体介護中心、通院等介助中心(身体介護を伴う場合)、家事援助中心、通院等介助中心(身体介護を伴わない場合)又は通院等乗降介助中心の区分ごとに契約支給量を記載すること。区分ごとに1枚作成。

① 提供日付・曜日

当該サービス提供月において、居宅介護計画に記載したサービス提供予定日、その曜日及び1日に複数回サービス提供する場合は各予定日におけるサービス提供回数(丸囲み)を記載する。

② サービス内容

次の区分により略称又は番号を記載する。また、減算対象となる従業者によりサービス提供した場合は、当該従業者の資格（3級）を併記する。

| | |
|----------------------|-----------------|
| 居宅における身体介護中心 | 「身体」 又は「1」 |
| 通院等介助（身体介護を伴う場合）中心 | 「通院等（伴う）」 又は「2」 |
| 家事援助中心 | 「家事」 又は「3」 |
| 通院等介助（身体介護を伴わない場合）中心 | 「通院等（伴ず）」 又は「4」 |
| 通院等乗降介助中心 | 「乗降」 又は「5」 |
| 減算対象となる従業者の場合 | 上記＋3級 |
| 重度訪問介護研修修了者の場合 | 上記＋重訪 |

③ 居宅介護計画

居宅介護計画に基づいて、サービスの開始時間、終了時間及び計画時間数を記載する。

計画時間数については、開始時間から終了時間までの時間数のうち報酬の算定対象となる時間数又は回数について、②のサービス内容が1から4の場合は「時間」欄に時間数を、5の場合は「乗降」欄に回数を記載する。

なお、1日に複数回サービス提供した場合は、欄を分けて1回ごとに記載する。

※ 通院等介助において、開始時間から終了時間の間に従業者が自動車を運転する時間が含まれる場合は、運転中の時間を除くとともに、備考欄に「運転中0.5h除く」等と記載する。

④ サービス提供時間

実際にサービスを提供した時間（開始時間及び終了時間）を記載する。

⑤ 算定時間数

「③ 居宅介護計画」に記載した「計画時間数」を記載する。

⑥ 派遣人数

障害者等に対して複数人でサービスを提供した場合は、その人員数を記載する。

※ 複数派遣で各従業者のサービス提供時間が異なる場合は、欄を分けて①から⑤を記載する。

⑦ サービス提供者印

サービスを実際に提供した者は、サービス提供の都度、自署又は押印をする。



（記載例）上記の居宅介護サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。

| 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 | |
|--------|---------------|-------------|-------|----|---------|-------|--|
| | 身体日中1.0 | 1 1 1 1 1 5 | 4 0 0 | 1 | | 4 0 0 | |
| | 身体日中1.0・2人 | 1 1 1 1 1 6 | 4 0 0 | 1 | | 4 0 0 | |
| | 身体日中2.0 | 1 1 1 1 2 3 | 6 5 5 | 2 | 1 | 3 1 0 | |
| | 身体日中2.0・2人 | 1 1 1 1 2 4 | 6 5 5 | 1 | | 6 5 5 | |
| | 身体重度研修日中2.0 | 1 1 2 0 2 1 | 3 2 0 | 1 | | 3 2 0 | |
| | 身体夜間1.0 | 1 1 1 2 1 9 | 5 0 0 | 1 | | 5 0 0 | |
| | 身体夜間1.0・3級 | 1 1 1 2 2 1 | 3 5 0 | 1 | | 3 5 0 | |
| | 身体早朝1.0・日中1.0 | 1 1 1 3 8 7 | 7 5 5 | 1 | | 7 5 5 | |
| | 通院1日中2.5 | 1 1 3 1 2 7 | 7 3 0 | 1 | | 7 3 0 | |

【算定例】

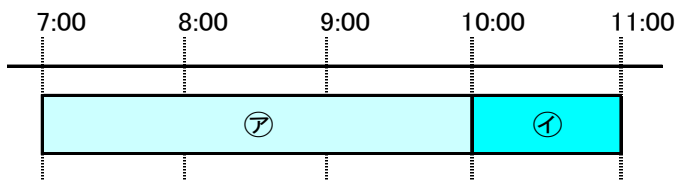
イ 居宅における身体介護が中心である場合

- (1) 所要時間 30 分未満 230 単位
- (2) 所要時間 30 分以上 1 時間未満 400 単位
- (3) 所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満 580 単位
- (4) 所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満 655 単位
- (5) 所要時間 2 時間以上 2 時間 30 分未満 730 単位
- (6) 所要時間 2 時間 30 分以上 3 時間未満 805 単位
- (7) 所要時間 3 時間以上の場合 875 単位に所要時間 3 時間から計算して所要時間 30 分を増すごとに 70 単位を加算した単位数

1 居宅介護における身体介護(早朝～日中提供)の場合
提供時間 7:00～11:00 で利用した場合

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|-----------------------|--------|
| 111395 | 身障居宅身体早朝 1.0H・日中 2.0H | 905 単位 |
| 111831 | 身障日中増 1.0H | 140 単位 |



① (算定単位数)

㊦ サービスコード「111395」

3.0Hの基本単位数 805 単位

7:00～ 8:00 の早朝 1 Hサービス単位数：400 単位 × 1.25 = 500 単位

8:00～10:00 の 2Hサービス単位数：805 単位 - 400 単位 = 405 単位

500 単位 + 405 単位 = 905 単位

㊧ サービスコード「111831」

10:00～11:00 の 1 Hサービス単位数

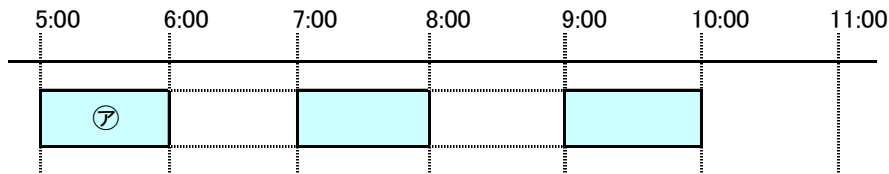
サービス提供時間が 3 時間を超える：70 単位 × 2 = 140 単位

算定単位数は 905 単位 + 140 単位 = 1,045 単位

- 2 居宅介護における身体介護を（深夜～早朝～日中）で利用した場合
提供時間 5:00～6:00、7:00～8:00、9:00～10:00

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|---------------------------|----------|
| 111635 | 身体深夜 1.0H・早朝 1.0H・日中 1.0H | 1,069 単位 |



① (算定単位数)

サービスコード「111635」

㊦ 3.0Hの基本単位数 805 単位

5:00～ 6:00 の深夜 1 Hサービス単位数：400 単位 × 1.50 = 600 単位

7:00～ 8:00 の早朝 1 Hサービス単位数：255 単位 × 1.25 = 318.75 → 319 単位

255 単位：2.0Hの基本単位数 655 単位から 1.0H基本単位数 400 単位を控除した単位数

9:00～10:00 の日中 1 Hサービス単位数：150 単位

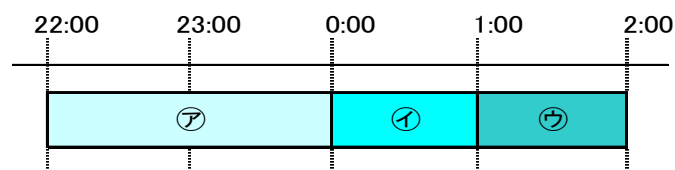
150 単位：3.0Hの基本単位数 805 単位から 2.0Hの基本単位数 655 単位を控除した単位数

算定単位数=600 単位 + 319 単位 + 150 単位 = 1,069 単位

- 3 居宅介護における身体介護（日を跨いだ提供）の場合
提供時間 22:00～翌 2:00

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|----------------------|--------|
| 111263 | 身体深夜 2.0H | 983 単位 |
| 111599 | 身体日跨増深夜 2.0H・深夜 1.0H | 225 単位 |
| 111971 | 身体深夜増 1.0H | 210 単位 |



① (算定単位数)

㊦サービスコード「111263」

2.0Hの基本単位数 655 単位

22:00～ 0:00 の深夜 2Hサービス単位数：655 単位 × 1.50 = 982.5 → 983 単位

㊧サービスコード「111599」

0:00～ 1:00 の深夜 1 Hサービス単位数：150 単位 × 1.50 = 225 単位

150 単位は 3.0Hの基本単位数 805 単位から 2.0H基本単位数 655 単位を控除した単位数

㊨サービスコード「111971」

1:00～ 2:00 の深夜 1 Hサービス単位数：140 単位 × 1.50 = 210 単位

140 単位は、3.0Hを超えているので、70 単位/30 分に 2 を乗じて得た単位数

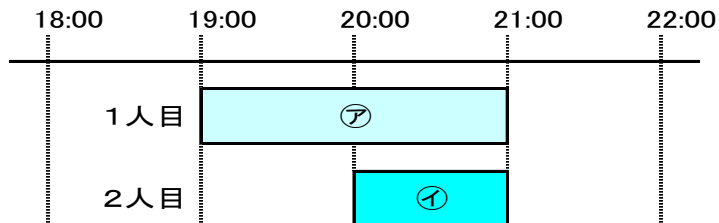
- 4 居宅における身体介護（夜間提供）の場合（2 人提供）

提供時間 1人目：19:00～21:00 2人目：20:00～21:00

特記 2人提供（2人目3級ヘルパー）

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|-----------------|--------|
| 111227 | 身体夜間 2.0H | 819 単位 |
| 111222 | 身体夜間 1.0H・3級・2人 | 350 単位 |



①（算定単位数）

㊦サービスコード「111227」

2.0Hの基本単位数 655 単位

19:00～21:00 の夜間 2Hサービス単位数： $655 \text{ 単位} \times 1.25 = 818.75 \rightarrow 819 \text{ 単位}$

㊧サービスコード「111222」

20:00～21:00 の夜間 1 Hサービス単位数（3級ヘルパー）：

$400 \text{ 単位} \times 1.25 \times 70/100 = 350 \text{ 単位}$

※ 3級ヘルパー等により行なわれる場合は、身体介護（通院等介助（身体介護を伴う））は基本単位数×70/100、家事援助（通院等介助（身体介護を伴わない））及び通院等乗降介助は×90/100で得た単位数を基本単位数とする。

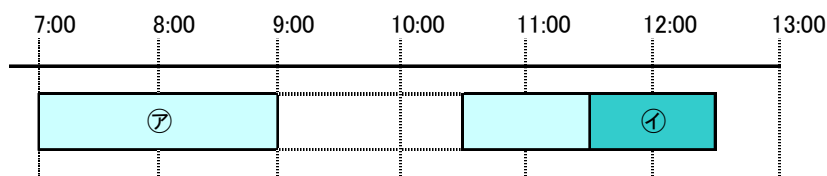
ロ 通院等介助（身体介護を伴う場合）が中心である場合

- (1) 所要時間 30 分未満 230 単位
- (2) 所要時間 30 分以上 1 時間未満 400 単位
- (3) 所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満 580 単位
- (4) 所要時間 1 時間 30 分以上 2 時間未満 655 単位
- (5) 所要時間 2 時間以上 2 時間 30 分未満 730 単位
- (6) 所要時間 2 時間 30 分以上 3 時間未満 805 単位
- (7) 所要時間 3 時間以上の場合 875 単位に所要時間 3 時間から計算して所要時間 30 分を増すごとに 70 単位を加算した単位数

1 通院等介助（身体介護を伴う）（早朝～日中提供）の場合
提供時間 7:00～9:00、10:30～12:30

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|----------------------|--------|
| 113395 | 通院 1 早朝 1.0H・日中 2.0H | 905 単位 |
| 113831 | 通院 1 日中増 1.0H | 140 単位 |



①（算定単位数）

㊦サービスコード「113395」

3.0Hの基本単位数 805 単位

7:00～ 8:00 の早朝 1 Hサービス単位数：400 単位 × 1.25 = 500 単位

8:00～ 9:00 と 10:30～11:30

の 2Hサービス単位数：805 単位 - 400 単位 = 405 単位

500 単位 + 405 単位 = 905 単位

㊧サービスコード「113831」

10:00～11:00 の 3 時間を超える 1 Hサービス単位数：70 単位 × 2 = 140 単位

算定単位数は 905 単位+140 単位=1,045 単位

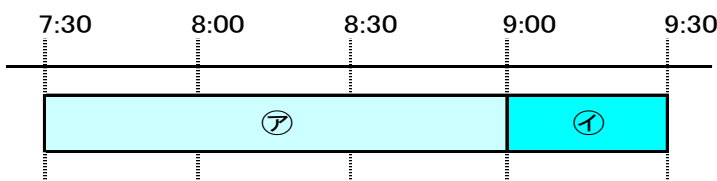
ハ 居宅における家事援助が中心である場合

- (1) 所要時間 30 分未満 80 単位
- (2) 所要時間 30 分以上 1 時間未満 150 単位
- (3) 所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満 225 単位
- (4) 所要時間 1 時間 30 分以上の場合 295 単位に所要時間 1 時間 30 分から計算して所要時間 30 分を増すごとに 70 単位を加算した単位数

1 居宅介護における家事援助(早朝～日中提供)の場合
提供時間 7:30～9:30 で利用した場合

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|-------------------|--------|
| 116319 | 家事早朝 0.5H・日中 1.0H | 245 単位 |
| 116383 | 家事日中増 0.5H | 70 単位 |



① (算定単位数)

ア サービスコード「116319」

0.5Hの基本単位数 80 単位

7:30～ 8:00 の早朝 0.5Hサービス単位数：80 単位 × 1.25 = 100 単位

8:00～9:00 の 1Hサービス単位数：225 単位 - 80 単位 = 145 単位

100 単位 + 145 単位 = 245 単位

イ サービスコード「111831」

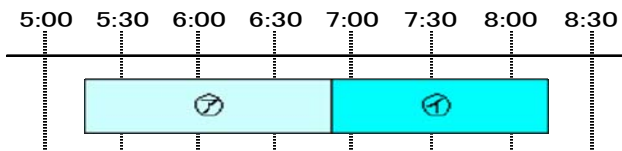
9:00～9:30 の 0.5Hサービス単位数

サービス提供時間が 1.5 時間を超える：70 単位

2 居宅介護における家事援助(早朝～日中提供)の場合
提供時間 5:20～8:10 で利用した場合

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|-------------------|--------|
| 116307 | 家事深夜 0.5H・早朝 1.0H | 301 単位 |
| 116475 | 家事早朝増 1.5H | 263 単位 |



① (算定単位数)

ア サービスコード「116307」

0.5Hの基本単位数 80 単位

5:20～ 5:50 の深夜 0.5Hサービス単位数：80 単位 × 1.5 = 120 単位

5:50～6:50 の早朝 1Hサービス単位数

：225 単位 - 80 単位 × 1.25 = 181.25 → 181 単位

120 単位 + 181 単位 = 301 単位

イ サービスコード「116475」

6:50～8:10 の早朝 1.5Hサービス単位数

サービス提供時間が 1.5 時間を超える：70 単位 × 3 × 1.25 = 262.5 → 263 単位

二 通院等介助（身体介護を伴わない場合）が中心である場合

- (1) 所要時間 30 分未満 80 単位
 - (2) 所要時間 30 分以上 1 時間未満 150 単位
 - (3) 所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満 225 単位
 - (4) 所要時間 1 時間 30 分以上の場合 295 単位に所要時間 1 時間 30 分から計算して所要時間 30 分を増すごとに 70 単位を加算した単位数
- ※算定については他を参照

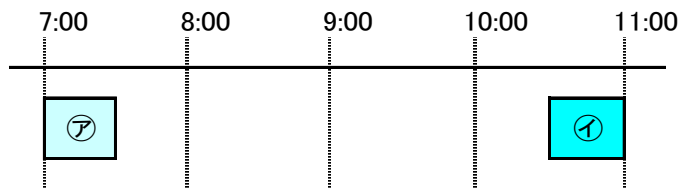
ホ 通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合
99 単位

1 通院等乗降介助

提供時間 7:00～7:30、10:30～11:00

<使用するサービスコード>

| サービスコード | サービス名称 | 単位数 |
|---------|--------|--------|
| 118115 | 通院乗降早朝 | 124 単位 |
| 118111 | 通院乗降日中 | 99 単位 |



㊦サービスコード「118115」

基本単位数 99 単位

7:00～ 7:30 の単位数：99 単位 × 1.25 = 124 単位

㊧サービスコード「118111」

10:30～11:00 の単位数：99 単位

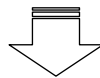
(2) 行動援護サービス提供実績記録票

平成 年 月分 行動援護サービス提供実績記録票

| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | | | | | 事業所番号 | | | | | |
|--------|----|-----------------------|-------|-------|----------|-----------|-------|------------|----------|--------|----|--|--|
| 契約支給量 | | 行動援護20時間 | | | | | | 事業者及びその事業所 | | | | | |
| 日付 | 曜日 | 行動援護計画 | | | サービス提供時間 | | 算定時間 | 派遣人数 | サービス提供者印 | 利用者確認印 | 備考 | | |
| | | 開始時間 | 終了時間 | 計画時間数 | 開始時間 | 終了時間 | | | | | | | |
| 1 | 月 | ① | 10:00 | 12:00 | 2 | 10:00 | 12:00 | 2 | 1 | Ⓔ | Ⓔ | | |
| 1 | 月 | ② | 15:00 | 18:00 | 3 | 15:00 | 18:00 | 3 | 1 | Ⓔ | Ⓔ | | |
| 2 | 火 | | 12:00 | 13:00 | 1(2) | 12:00 | 13:00 | 1(2) | 2 | ⒺⒺ | Ⓔ | | |
| 3 | 水 | ① | 10:00 | 12:00 | 2 | 10:00 | 12:00 | 2 | 1 | Ⓔ | Ⓔ | | |
| 3 | 水 | ② | 10:00 | 11:00 | 1 | 10:00 | 11:00 | 1 | 1 | Ⓔ | Ⓔ | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | 計画時間数計 | 内訳(適用単価別) | | 算定時間数計 | | | | | |
| | | | | | 10 | 100% | 70% | 10 | | | | | |

従業員欠員の場合

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、行動援護計画に記載したサービス提供予定日、その曜日を記載する。
- ② 行動援護計画
行動援護計画に基づいて、サービスの開始時間、終了時間及び計画時間数を記載する。
- ③ サービス提供時間
実際にサービスを提供した時間（開始時間及び終了時間）を記載する。
- ④ 算定時間数
「② 行動援護計画」に記載した「計画時間数」を記載する。
- ⑤ 派遣人数
障害者等に対して複数人でサービスを提供した場合は、その人員数を記載する。
※ 複数派遣で各従業者のサービス提供時間が異なる場合は、欄を分けて①から④を記載する。
- ⑥ サービス提供者印
サービスを実際に提供した者は、サービス提供の都度、自署又は押印をする。



(記載例) 上記の行動援護サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。

| 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 |
|--------|-------------|-------------|-------------|-------|---------|-------|
| | | 行動援護 1.0 | 1 3 1 1 2 1 | 4 0 0 | 1 | 4 0 0 |
| | 行動援護 2.0 | 1 3 1 1 4 1 | 7 2 8 | 1 | 7 2 8 | |
| | 行動援護 4.5 以上 | 1 3 1 2 0 1 | 1 6 1 6 | 1 | 1 6 1 6 | |
| | 行動援護 1.0・2人 | 1 3 1 1 2 2 | 4 0 0 | 1 | 8 0 0 | |

(3-1) 重度訪問介護サービス提供実績記録票

平成 年 月 分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|-------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者証番号 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | xx xx | 事業所番号 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 契約支給量 | 月90時間【移動介護 32時間】 | | | | | | | | | | | | | | | 事業者及びその事業所 | XXXXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 日付 | 曜日 | | 重度訪問介護計画 | | | | サービス提供時間 | | 算定時間数 | | 派遣人数 | サービス提供者印 | 利用者確認印 | 備考 |
|-------|----|---|----------|-------|----------------|---|----------|-------|-------|----|------|----------|--------|----|
| | | | 開始時間 | 終了時間 | 計画時間数 時間 移動 | | 開始時間 | 終了時間 | 時間 | 移動 | | | | |
| 1 | 金 | ① | 7:00 | 9:00 | 2 | | 7:00 | 9:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 21:00 | 23:00 | 2 | | 21:00 | 23:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 4 | 月 | ① | 6:00 | 8:00 | 2 | | 6:00 | 8:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 21:00 | 23:00 | 2 | | 21:00 | 23:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 6 | 水 | ① | 6:00 | 8:00 | 2 | | 6:00 | 8:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 20:00 | 22:00 | 2 | | 20:00 | 22:00 | 2(4) | | 2 | 印印 | 印 | |
| 8 | 金 | ① | 7:00 | 9:00 | 2 | | 7:00 | 9:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 21:00 | 23:00 | 2 | | 21:00 | 23:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 11 | 月 | ① | 6:00 | 8:00 | 2 | | 6:00 | 8:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 21:00 | 23:00 | 2 | | 21:00 | 23:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 13 | 水 | ① | 6:00 | 8:00 | 2 | | 6:00 | 8:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 20:00 | 22:00 | 2 | | 20:00 | 22:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 15 | 金 | ① | 7:00 | 9:00 | 2 | | 7:00 | 9:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 1 | 印 | 印 | |
| | | ③ | 21:00 | 23:00 | 2 | | 21:00 | 23:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 18 | 月 | ① | 6:00 | 8:00 | 2 | | 6:00 | 8:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| | | ② | 11:00 | 13:00 | 2 | 2 | 11:00 | 13:00 | 2 | | 1 | 印 | 印 | |
| 移動介護分 | | | | | | | | | | 16 | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | 48 | | | | | |

(3-2) 重度訪問介護サービス提供実績記録票

平成 年 月 分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

| 受給者証番号 | | | | | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | | | 事業所番号 | | | | | | | | |
|--------|----|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----|-----|----|----|--|
| 日付 | 曜日 | サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | 小計 | 移動 | 備考 | | |
| | | 第1時間帯 (第4時間帯) | | | | 第2時間帯 (第5時間帯) | | | | 第3時間帯 (第6時間帯) | | | | | | | | |
| | | 1時間 (13時間) | 2時間 (14時間) | 3時間 (15時間) | 4時間 (16時間) | 5時間 (17時間) | 6時間 (18時間) | 7時間 (19時間) | 8時間 (20時間) | 9時間 (21時間) | 10時間 (22時間) | 11時間 (23時間) | 12時間 (24時間) | | | | | |
| 1 | 金 | 早朝 | 日中 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 4 | 月 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | | | | | |
| 6 | 水 | ① 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 夜間 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 6 | 水 | ② 夜間 | 夜間 | | | | | | | | | | 2 | | 2人目 | | | |
| 8 | 金 | 早朝 | 日中 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 11 | 月 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | | | | | |
| 13 | 水 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 夜間 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 15 | 金 | 早朝 | 日中 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 18 | 月 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | | | | | |
| 20 | 水 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 夜間 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 22 | 金 | 早朝 | 日中 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 25 | 月 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | | | | | |
| 27 | 水 | 早朝 | 早朝 | 日中 | 日中 | 夜間 | 夜間 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 29 | 金 | 早朝 | 日中 | 日中 | 日中 | 夜間 | 深夜 | | | | | | 6 | 2 | | | | |
| 集計欄 | | 第1~第3 | 日中 | 31 | 夜間 | | 日中 | | 夜間 | 17 | 日中 | | 夜間 | | | 80 | 18 | |
| | | | 早朝 | 21 | 深夜 | | 早朝 | | 深夜 | 9 | 早朝 | | 深夜 | | | | | |
| | | 第4~第6 | 日中 | | 夜間 | 2 | 日中 | | 夜間 | | 日中 | | 夜間 | | | | | |
| | | | 早朝 | | 深夜 | | 早朝 | | 深夜 | | 早朝 | | 深夜 | | | | | |

(3-1)

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、重度訪問介護計画に記載したサービス提供予定日、その曜日及び1日に複数回サービス提供する場合は各予定日におけるサービス提供回数(丸囲み)を記載する。
- ② 重度訪問介護計画
重度訪問介護計画に基づいて、サービスの開始時間、終了時間及び計画時間数を記載する。計画時間数については、全体の時間数及びそのうち移動介護を行う時間数に区分して記載する。
- ③ サービス提供時間
実際にサービスを提供した時間(開始時間及び終了時間)を記載する。
- ④ 算定時間数
「② 重度訪問介護計画」に記載した「計画時間数」を記載する。
- ⑤ 派遣人数
障害者等に対して複数人でサービスを提供した場合は、その人員数を記載する。
※ 複数派遣で各従業者のサービス提供時間が異なる場合は、欄を分けて①から④を記載する。
- ⑥ サービス提供者印
サービスを実際に提供した者は、サービス提供の都度、自署又は押印をする。

(3-2)

- ⑦ サービス提供時間
(3-1)で記載したサービス提供の開始時間、終了時間及び算定時間数に基づき、各サービス提供日における算定時間数の通算時間数を1時間単位に区分し、「第1時間帯(第4時間帯)」から「第3時間帯(第6時間帯)」までの各時間帯欄(1日のサービス提供時間が12時間を超える場合は、2行目を13時間目以降の時間帯とする。)に当該時間帯における提供時間区分を記載するとともに、集計欄に各区分の時間数の合計を記載する。
また、「移動」欄には、各サービス提供日における移動介護時間を記載する。
※ 2人派遣の場合は行を分けて記載する。集計欄も分けて記載する。

(提供時間区分の内訳)

- ・早朝・・・ 6:00～ 8:00
- ・日中・・・ 8:00～18:00
- ・夜間・・・ 18:00～22:00
- ・深夜・・・ 22:00～ 6:00

告示単位数(重度訪問介護サービス費)

| | |
|------------------|--------|
| イ 所要時間1時間未満の場合 | 160 単位 |
| ロ 所要時間1時間以上2時間未満 | 320 単位 |
| ハ 所要時間2時間以上3時間未満 | 480 単位 |
| ニ 所要時間3時間以上4時間未満 | 640 単位 |

第1時間帯に反映される単価=1時間当たり 160 単位
 日中 : 160 単位
 早朝・夜間 : 160 単位×1.25=200 単位
 深夜 : 160 単位×1.50=240 単位

| | |
|------------------|----------|
| ホ 所要時間4時間以上5時間未満 | 790 単位 |
| ヘ 所要時間5時間以上6時間未満 | 940 単位 |
| ト 所要時間6時間以上7時間未満 | 1,090 単位 |
| チ 所要時間7時間以上8時間未満 | 1,240 単位 |

第2時間帯に反映される単価=1時間当たり 150 単位
 日中 : 150 単位
 早朝・夜間 : 150 単位×1.25=187.5 → 188 単位
 深夜 : 150 単位×1.50=225 単位

- リ 所要時間8時間以上12時間未満の場合 1,392 単位に所要時間帯8時間から計算して所要時間1時間を増すごとに152単位を加算した単位数・・・160 単位×95%=152 単位
- ヌ 所要時間12時間以上16時間未満の場合 1,991 単位に所要時間帯12時間から計算して所要時間1時間を増すごとに143単位を加算した単位数・・・150 単位×95%=142.5→143 単位
- ル 所要時間16時間以上20時間未満の場合 2,572 単位に所要時間帯16時間から計算して所要時間1時間を増すごとに152単位を加算した単位数
- ロ 所要時間20時間以上24時間未満の場合 3,171 単位に所要時間帯20時間から計算して所要時間1時間を増すごとに143単位を加算した単位数

重度訪問介護の単価体系

| 8時間 | | | 16時間 | | 24時間 |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 第1時間帯 | 第2時間帯 | 第3時間帯 | 第4時間帯 | 第5時間帯 | 第6時間帯 |
| 160単位/h | 150単位/h | 152単位/h | 143単位/h | 152単位/h | 143単位/h |
| ① | | | ② | | ③ |

- ・ 8時間を1つの単位として、4時間未満の単価と4時間以上の単価で構成。
- ・ 1日ごとに午前0時でリセットされて、①の第1時間帯単価に戻る。
- ・ 日を跨ぐ場合であっても午前0時でリセットとなる。
- ・ 身体介護と違って、介護と介護の間を2時間空けても単価はリセットされない。
- ・ 午前0時から24時の間に提供された介護サービスについて、サービス開始時間から実際の提供時間を通算して1時間ごとに、サービスの提供された時間帯を判定し算定することになる。
- ・ 所要時間1時間未満で算定する場合の所要時間は40分程度以上とする。
- ・ 時間帯をまたがる場合には、当該1時間ごとの開始時刻が属する時間帯により算定すること。(当該1時間の開始時刻が属する時間帯におけるサービス提供時間が30分未満である場合には、多くの時間帯の算定基準により算定すること。また、開始時刻の属する時間帯と終了時刻の属する時間帯の時間数が同じであるときは開始時間帯の算定基準により算定すること。)

【例】

7:00～11:00、14:00～17:00、18:00～22:00の重度訪問介護を8日利用した場合

| 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 11:00 | 14:00 | 15:00 | 16:00 | 17:00 | 18:00 | 19:00 | 20:00 | 21:00 | 22:00 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 早朝 | 日中 | 日中 | 日中 | 日中 | 日中 | 日中 | 日中 | 夜間 | 夜間 | 夜間 | 夜間 | 夜間 | 夜間 |
| 第1時間帯 | | | | 第2時間帯 | | | | 第3時間帯 | | | | | |
| 160単位 | 160単位 | 160単位 | 160単位 | 150単位 | 150単位 | 150単位 | 150単位 | 150単位 | 152単位 | 152単位 | 152単位 | 152単位 | 152単位 |
| 1.25 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 1.25 | 1.25 | 1.25 | 1.25 | 1.25 | 1.25 |
| ① | | | | | | | | ② | | | | | |

サービス全体の利用時間は、11時間の連続サービスと見立てて算定する。

7:00～11:00の4時間は、①の第1時間帯で算定

早朝 7:00～8:00：160単位×1.25=200単位【サービスコード122311】

日中 8:00～11:00：160単位【サービスコード121311】

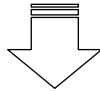
14:00～17:00の3時間は、①の第2時間帯で算定

日中 14:00～17:00：150単位【サービスコード121321】

18:00～22:00の4時間は、①の第2時間帯と②の第3時間帯に跨るため分けて算定

夜間 18:00～19:00：150単位×1.25=187.5→188単位【サービスコード123321】

夜間 19:00～22:00：152単位×1.25=190単位【サービスコード123331】



| 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 |
|--------|-----------|-------------|-------|-----|---------|----|
| | 重訪Ⅲ日中4.0 | 1 2 1 3 1 1 | 1 6 0 | 2 4 | 3 8 4 0 | |
| | 重訪Ⅲ早朝4.0 | 1 2 2 3 1 1 | 2 0 0 | 8 | 1 6 0 0 | |
| | 重訪Ⅲ日中8.0 | 1 2 1 3 2 1 | 1 5 0 | 2 4 | 3 6 0 0 | |
| | 重訪Ⅲ夜間8.0 | 1 2 3 3 2 1 | 1 8 8 | 8 | 1 5 0 4 | |
| | 重訪Ⅲ夜間12.0 | 1 2 3 3 3 1 | 1 9 0 | 2 4 | 4 5 6 0 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(4) 児童デイサービス提供実績記録票

平成 年 月分 児童デイサービス提供実績記録票

| | | | | | |
|--------|--|-----------------------|--|------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | 事業所番号 | |
| 契約支給量 | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | 児童デイサービス計画 | | | | | | サービス提供実績 | | | | | | 利用者 確認 印 | 備考 | |
|----|----|------------|-------|--|----|---------------|---------------|----------|-------|------|----|---------------|---------------|----------------|----|--|
| | | 開始時間 | 終了時間 | 送迎加算 | | 家庭連携加算 時間数 | 訪問支援加算 時間数 | 開始時間 | 終了時間 | 送迎加算 | | 家庭連携加算 時間数 | 訪問支援加算 時間数 | | | |
| | | | | 往 | 復 | | | | | 往 | 復 | | | | | |
| 1 | 月 | 15:00 | 17:00 | 1 | 1 | | | 15:00 | 17:00 | 1 | 1 | | | ⑩ | | |
| 2 | 火 | 15:00 | 17:00 | | | 2 | | 15:00 | 17:00 | | | 2 | | ⑩ | | |
| 7 | 日 | 13:00 | 15:00 | | | | | 13:00 | 15:00 | | | | | ⑩ | | |
| 9 | 火 | 15:00 | 16:00 | | | 1 | | 15:00 | 16:00 | | | 1 | | ⑩ | | |
| 15 | 月 | 15:00 | 17:00 | 1 | | | | 15:00 | 17:00 | 1 | | | | ⑩ | | |
| 16 | 火 | 15:00 | 17:00 | | | 2 | | 15:00 | 17:00 | | | 2 | | ⑩ | | |
| 25 | 木 | 13:00 | 14:00 | | | | 1 | 13:00 | 14:00 | | | | 1 | ⑩ | | |
| | | | | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 加算対象にならない場合も、サービス提供あれば記載 </div> | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | 3回 | 3回 | 1回 | | | | | 3回 | 2回 | 1回 | | | |

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、児童デイサービス計画に記載したサービス提供予定日及びその曜日を記載すること。
- ② 児童デイサービス計画
児童デイサービス計画に基づいて次のとおり記載する。
 - (ア) 開始時間・終了時間
サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等、訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行う場合は、その時間を記載する。
 - (イ) 送迎加算
送迎を計画している場合は、片道単位で回数を記載する。
 - (ウ) 家庭連携加算
家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行う場合は、支援に要する時間数を記載する。
※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する（以下同様の加算について同じ。）。
 - (エ) 訪問支援加算
訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行う場合は、支援に要する時間数を記載する。
- ③ サービス提供実績
実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。
 - (ア) 開始時間・終了時間
サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等、訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行った場合は、その時間を記載する。
 - (イ) 送迎加算
送迎を行った場合は、片道単位で回数を記載する。
 - (ウ) 家庭連携加算
家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。
 - (エ) 訪問支援加算
訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。



(記載例) 上記の児童デイサービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(児童デイサービスⅠの対象であり小規模(10人以下)の事業所の場合)

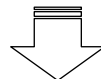
| 給付費明細欄 | サービス内容 | | | | | | | サービスコード | | | 単位数 | | | 回数 | | | サービス単位数 | | | 摘要 |
|--------------|--------|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|-----|---|---|----|---|---|---------|---|---|----|
| | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 7 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 2 | |
| 児童デイⅠ | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 7 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 2 | |
| 児デイ家庭連携加算1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 1 | 0 | 2 | 3 | 5 | 1 | 8 | 7 | 1 | | | 1 | 8 | 7 | | |
| 児デイ家庭連携加算2 | 2 | 3 | 5 | 6 | 1 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 8 | 0 | 1 | | | 2 | 8 | 0 | | |
| 児デイ訪問支援特別加算1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 | 1 | 8 | 7 | 1 | | | 1 | 8 | 7 | | |
| 児デイ送迎加算 | 2 | 3 | 5 | 0 | 8 | 0 | 2 | 3 | 5 | | 5 | 4 | 3 | | | 1 | 6 | 2 | | |

(5) 短期入所サービス提供実績記録票

平成 年 月分 短期入所サービス提供実績記録票

| | | | | | | | |
|--------|----|-----------------------|----|-------|--------|--------|-----------------------------|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | 事業所番号 | | | |
| 契約支給量 | | 事業者及びその事業所 | | | | | |
| 開始日 | | 終了日 | | 算定日数 | 食事提供加算 | 利用者確認印 | 備考 |
| 日付 | 曜日 | 日付 | 曜日 | | | | |
| 1 | 月 | 2 | 火 | 2 | 1 | ㊟ | 15:00/11:00 |
| 10 | 水 | 11 | 木 | 2 | 2 | ㊟ | 10:00/9:00 |
| 11 | 木 | 12 | 金 | 1 | 1 | ㊟ | 17:00/15:00 |
| | | | | | | | 開始日の開始時間、 終了日の終了時間 記載 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 合計 | | | | 5 日 | 4 回 | | |

- ① 開始日・終了日
サービスの提供を開始した日及び終了した日並びにその曜日を記載する。
- ② 算定日数
サービスを提供した日数を記載する。
- ③ 食事提供加算
②の算定日数のうち、加算対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日数を記載する。



(記載例) 上記の短期入所サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(障害程度区分6の障害者が利用、12日は定員超過の場合)

| 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 |
|--------|-------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----|---------|---|---|---|----|
| | | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0 | 4 | 3 | 5 | 6 | 0 | |
| | 短期入所 I 6 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 9 | 0 | 4 | 3 | 5 | 6 | 0 | |
| | 短期入所 I 6・定超 | 2 | 4 | 8 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 3 | 1 | | 6 | 2 | 3 | |
| | 短期食事提供体制加算 | 2 | 4 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 6 | 8 | 4 | | 2 | 7 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

(6) 生活介護サービス提供実績記録票

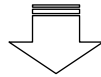
平成 年 月分 生活介護サービス提供実績記録票

| | | | | | |
|--------|--|-----------------------|--|------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | 事業所番号 | |
| 契約支給量 | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 | | | | 利用者確認印 | 備考 |
|----|----|----------|-------|---------------|--------|--------|-----------------|
| | | 開始時間 | 終了時間 | 訪問支援加算 時間数 | 食事提供加算 | | |
| 1 | 月 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 2 | 火 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 4 | 木 | 10:00 | 17:00 | | | ㊟ | |
| 10 | 水 | 10:00 | 12:00 | 2 | | ㊟ | |
| 20 | 土 | 10:00 | 11:00 | 1 | | ㊟ | |
| 30 | 火 | 10:00 | 12:00 | 2 | | ㊟ | |
| 31 | 水 | 10:00 | 17:00 | | | ㊟ | 訪問支援加算の報酬が算定できる |
| 合計 | | | | 3回 | 2回 | | |

| | | | | | | |
|------|-------|-------|------|-------|--------|---|
| 初期加算 | 利用開始日 | 年 月 日 | 30日目 | 年 月 日 | 当月算定日数 | 日 |
|------|-------|-------|------|-------|--------|---|

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、生活介護を提供した日及びその曜日を記載する。
- ② サービス提供実績
実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。
 - (ア) 開始時間・終了時間
サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行った場合は、その時間を記載する。
 - (イ) 訪問支援加算
訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。
 - (ウ) 食事提供加算
食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。
- ③ 初期加算
 - (ア) 利用開始日
初期加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者がサービス利用を開始した日を記載する。
 - (イ) 30日目
初期加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。
 - (ウ) 当月算定日数
当該月における初期加算の算定日数（初期加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数）を記載する。



(記載例) 上記の生活介護サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(報酬の区分Ⅳで、定員40人以下の事業所の場合)

| 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 |
|--------|--------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----|---------|---|---|---|----|
| | 生活介護Ⅳ 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 8 | 8 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 6 | |
| | 生介訪問支援特別加算 1 | 2 | 2 | 5 | 6 | 0 | 0 | 1 | 8 | 7 | 1 | | 1 | 8 | 7 | |
| | 生介訪問支援特別加算 2 | 2 | 2 | 5 | 6 | 0 | 1 | 2 | 8 | 0 | 1 | | 2 | 8 | 0 | |
| | 生介食事提供体制加算 | 2 | 2 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 4 | 2 | 2 | | | 8 | 4 | |

(記載例) 初期加算のある場合

平成21年 2月分 生活介護サービス提供実績記録票

| | | | | | |
|--------|--|-----------------------|--|------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | 事業所番号 | |
| 契約支給量 | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 | | | | 利用者確認印 | 備考 |
|----|----|----------|-------|---------------|--------|--------|----|
| | | 開始時間 | 終了時間 | 訪問支援加算 時間数 | 食事提供加算 | | |
| 2 | 月 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 3 | 火 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 5 | 木 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 10 | 火 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 12 | 木 | 10:00 | 17:00 | | 1 | ㊟ | |
| 合計 | | | | | 回 5 回 | | |

初期加算の算定可能期間のうち、本体報酬が算定さ

| | | | | | | |
|------|-------|-----------|------|-----------|--------|-----|
| 初期加算 | 利用開始日 | 21年 1月 7日 | 30日目 | 21年 2月 5日 | 当月算定日数 | 3 日 |
|------|-------|-----------|------|-----------|--------|-----|



(記載例) 上記の生活介護サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(報酬の区分Ⅳで、定員40人以下の事業所の場合)

| 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 |
|--------|------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----|---------|---|---|---|----|
| | 生活介護Ⅳ 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 8 | 8 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 0 | |
| | 生介初期加算 | 2 | 2 | 5 | 0 | 5 | 0 | | 3 | 0 | 3 | | | 9 | 0 | |
| | 生介食事提供体制加算 | 2 | 2 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 4 | 2 | 5 | | 2 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

(7) 共同生活介護サービス実績記録票

| 平成 年 月分 | | 共同生活介護サービス実績記録票 | | | | | | 事業所番号 | |
|---------|----|-----------------|----------|-----------|---------|------------|-----------|--------|---|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 | | | | 事業者及びその事業所 | | | |
| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | | | | | 利用者確認印 | 備考 |
| | | サービス提供の状況 | 夜間支援体制加算 | 入院時支援特別加算 | 帰宅時支援加算 | 自立生活支援加算 | 日中介護等支援加算 | | |
| 1 | 月 | | 1 | | | | | 印 | |
| 2 | 火 | 入院 | | | | | | 印 | 入院・外泊の初日及び最終日は本体報酬を算定できる。 |
| 3 | 水 | 入院 | | | | | | 印 | |
| 4 | 木 | 入院 | | | | | | 印 | |
| 5 | 金 | 入院 | | 1 | | | | 印 | |
| 6 | 土 | 入院 | | | | | | 印 | |
| 7 | 日 | 入院 | | 1 | | | | 印 | |
| 8 | 月 | 入院 | | | | | | 印 | |
| 9 | 火 | 入院 | | 1 | | | | 印 | |
| 10 | 水 | 入院 | 1 | | | | | 印 | |
| 11 | 木 | | 1 | | | | | 印 | |
| 12 | 金 | 外泊 | | | | | | 印 | |
| 13 | 土 | 外泊 | | | | | | 印 | |
| 14 | 日 | 外泊 | 1 | | | | | 印 | |
| 15 | 月 | | 1 | | | | 1 | 印 | |
| 16 | 火 | | 1 | | | | 1 | 印 | |
| 17 | 水 | | 1 | | | | 1 | 印 | |
| 18 | 木 | | 1 | | | | 1 | 印 | |
| 19 | 金 | 外泊 | | | | | 1 | 印 | |
| 20 | 土 | 外泊 | | | | | | 印 | |
| 21 | 日 | 外泊 | 1 | | | | | 印 | |
| 22 | 月 | | 1 | | | | | 印 | |
| 23 | 火 | | 1 | | | | | 印 | |
| 24 | 水 | | 1 | | | | | 印 | |
| 25 | 木 | | 1 | | | | | 印 | |
| 26 | 金 | 外泊 | | | | | | 印 | |
| 27 | 土 | 外泊 | | | 1 | | | 印 | 入院・外泊の加算は 3～6日の場合、最低1回 7日以上の場合、最低2回は 支援に行かなければならない。 (算定は、どちらかの単位を月1回限度) |
| 28 | 日 | 外泊 | 1 | | | | | 印 | |
| 29 | 月 | | 1 | | | | | 印 | |
| 30 | 火 | | 1 | | | | | 印 | |
| 31 | 水 | | 1 | | | | | 印 | |
| 合計 | | | 17回 | 3回 | 1回 | | 5回 | | |

- ① 提供曜日
当該サービス提供月における各日付の曜日を記載する。

② 支援実績

(ア) サービス提供の状況

次の区分により、入院又は外泊をした日（入院又は外泊を開始した日及び共同生活住居に戻った日を含む。）の状況を記載する。

| | | | |
|----------------------|-----------------|-------------|------|
| 入院の初日 | 「入院」 | 外泊の初日 | 「外泊」 |
| 入院の中日 | 「入院」 | 外泊の中日 | 「外泊」 |
| 入院から施設に戻った日 | 「入院」 | 外泊から施設に戻った日 | 「外泊」 |
| 入院（外泊）から外泊（入院）に移行した日 | 「入院（外泊）→外泊（入院）」 | | |

(イ) 夜間支援体制加算

夜間支援体制加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

(ウ) 入院時支援特別加算

入院時支援特別加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

(エ) 長期入院時支援特別加算

長期入院時支援特別加算が算定される支援を行った日には「備考」欄に訪問支援を実施した旨を記載する。

(オ) 帰宅時支援加算

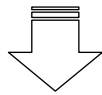
帰宅時支援加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

(カ) 自立生活支援加算

自立生活支援加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

(キ) 日中介護等支援加算

日中介護等支援加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。



(記載例) 上記の共同生活介護サービス実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(障害程度区分4の障害者で、定員6人で夜間支援体制加算ありの事業所の場合)

| 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 |
|--------|--------------|-------------|-------------|-------|---------|---------|
| | | 共同生活4 | 3 1 1 1 3 1 | 3 0 0 | 2 1 | 6 3 0 0 |
| | 共生夜間支援体制加算2 | 3 1 5 6 2 1 | 5 2 | 1 7 | 8 8 4 | |
| | 共生入院時支援特別加算2 | 3 1 5 6 6 1 | 1 1 2 2 | 1 | 1 1 2 2 | |
| | 共生帰宅時支援加算1 | 3 1 5 6 7 0 | 1 8 7 | 1 | 1 8 7 | |
| | 共生日中介護等支援加算 | 3 1 5 1 1 0 | 5 3 9 | 5 | 2 6 9 5 | |
| | | | | | | |

平成20年 月分

共同生活介護サービス提供実績記録票

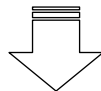
| | | | | | |
|--|---------|----------------|--|--|--|
| 2日に入院し、16日に退院した場合 (入院初日から3日目・最終日を除く入院期間が 11日間) | 法定障害者氏名 | 事業所番号 | | | |
| | | 事業者及び その事業所 | | | |

| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | | | | 利用者 確認印 | 備考 | |
|----|----|---------------|--------------|---------------|-------------|--------------|------------|-----|---------------|
| | | サービス提供の 状況 | 夜間支援 体制加算 | 入院時支援 特別加算 | 帰宅時支援 加算 | 自立生活 支援加算 | | | 日中介護等 支援加算 |
| 1 | 日 | | | | | | | (印) | |
| 2 | 月 | 入院 | | | | | | | |
| 3 | 火 | 入院 | | | | | | | |
| 4 | 水 | 入院 | | | | | | | |
| 5 | 木 | 入院 | | | | | | | |
| 6 | 金 | 入院 | | | | | | | |
| 7 | 土 | 入院 | | | | | | | 訪問支援を実施 |
| 8 | 日 | 入院 | | | | | | (印) | |
| 9 | 月 | 入院 | | | | | | (印) | |
| 10 | 火 | 入院 | | | | | | (印) | |
| 11 | 水 | 入院 | | | | | | (印) | |
| 12 | 木 | 入院 | | | | | | | |
| 13 | 金 | 入院 | | | | | | | 訪問支援を実施 |
| 14 | 土 | 入院 | | | | | | | |
| 15 | 日 | 入院 | | | | | | | |
| 16 | 月 | 入院 | | | | | | | |
| 17 | 火 | | | | | | | | |
| 18 | 水 | | | | | | | (印) | |
| 19 | 木 | | | | | | | (印) | |
| 20 | 金 | | | | | | | (印) | |
| 31 | 火 | | | | | | | (印) | |
| 合計 | | | 0回 | 0回 | 0回 | 0回 | 0回 | | |

「備考」欄
入院時支援特別加算および長期入院時
支援特別加算の算定は、入院先等への
訪問支援を要件としているため、支援を
行った日については、備考欄に「訪問支
援を実施」を設定する。(なお、入院時支
援特別加算を算定する場合にあっては、
「入院時支援特別加算」欄に「1」を設定す
ることで、当記載は省略可。)

「入院時支援特別加算」欄
入院時支援特別加算と長期入院等支援加算は
何れかを選択することになる。この事例では、長期
入院等支援加算を算定するため、この欄は空白。

「サービス提供の状況」欄
本体報酬が算定される入院初日・最終日及び当加算が算定され
ない入院初日を除く入院1~2日目を含め、入院期間中は「入院」を
設定。(従来どおり)



(記載例) 上記の共同生活介護サービス実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した
場合。(障害程度区分2の障害者で、定員4人の事業所の場合)

| 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 |
|----------------------------|-----------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----|---|---------|---|---|---|----|
| | 共同生活 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 8 | 3 | 7 | 8 | 0 | |
| | 共生小規模事業加算 1 | 3 | 1 | 5 | 6 | 8 | 0 | | 3 | 7 | 1 | 8 | | 6 | 6 | 6 | |
| | 共生長期入院時支援特別加算 1 | 3 | 1 | 5 | 6 | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(8) 施設入所支援提供実績記録票

平成 年 月分 施設入所支援提供実績記録票

| | | |
|-----------|-----------------|-------------------------|
| 受給者証番号 | 支給決定障害者等氏名 | 事業所番号 |
| 補足給付適用の有無 | 2 補足給付額(日額) 円/日 | 適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」 |

| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | 実費算定 | | | | 利用者確認印 | 備考 | |
|----|----|-----------|----------|-------|-------|-----|-----|--------|----|---|
| | | サービス提供の状況 | 入院・外泊時加算 | 食費の単価 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | | | 光熱水費の単価 |
| 1 | 月 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 2 | 火 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 3 | 水 | 入院 | | | 1 | 1 | | 1 | ㊟ | |
| 4 | 木 | 入院 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 5 | 金 | 入院 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 6 | 土 | 入院 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 7 | 日 | 入院→外泊 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 8 | 月 | 外泊 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 9 | 火 | 外泊 | | | | | 1 | 1 | ㊟ | |
| 10 | 水 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 11 | 木 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 12 | 金 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 13 | 土 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 14 | 日 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 15 | 月 | 入院 | | | 1 | | | 1 | ㊟ | |
| 16 | 火 | 入院 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 17 | 水 | 入院 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | |
| 18 | 木 | 入院 | 1 | | | | | 1 | ㊟ | 入院・外泊の初日・最終日は食事をしていなくても補足給付は算定 |
| 19 | 金 | 入院 | | | | | | 1 | ㊟ | |
| 20 | 土 | 入院 | | 1 | | | | | ㊟ | |
| 21 | 日 | 入院 | | | | | | 1 | ㊟ | |
| 22 | 月 | 入院 | | | | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 23 | 火 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 24 | 水 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 25 | 木 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 26 | 金 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | 入院の加算は9～12日の場合、最低1回13日以上の場合、最低2回は支援に行かなければならない。 |
| 27 | 土 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 28 | 日 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 29 | 月 | | | | 1 | 1 | | 1 | ㊟ | |
| 30 | 火 | | | | 1 | | 1 | 1 | ㊟ | |
| 31 | 水 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 合計 | | | 8回 | 1回 | 18回 | 18回 | 18回 | 31回 | | |
| | | | | | 各小計 | | 円 | 円 | | |
| | | | | | 実費合計額 | | 円 | 円 | | |

地域移行加算 入所中算定日 年 月 日 退所日 年 月 日 退所後算定日 年 月 日

※ 入院算定期間が9日以上るとき、入院時支援特別加算と長期入院等支援加算は何れかを選択することになる。上記は入院時支援特別加算を選択した場合。



(記載例) 上記の施設入所支援提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(報酬の区分Xで、定員40人以下の事業所の場合)

| 給付費明細 | 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 |
|-------|---------------|-------------|-------------|-------|---------|---------|
| | | 施設入所 X 1 | 3 2 1 4 7 1 | 1 8 0 | 2 0 | 3 6 0 0 |
| | 施入入院外泊時加算 1 | 3 2 5 7 1 0 | 3 2 0 | 8 | 2 5 6 0 | |
| | 施入入院時支援特別加算 1 | 3 2 5 6 6 0 | 5 6 1 | 1 | 5 6 1 | |

※ 長期入院等支援加算を選択した場合。

平成20年 月分 施設入所支援提供実績記録票

| 平成20年 月分 | | 施設入所支援提供実績記録票 | | | | | | | | | |
|--|----|---------------|----------|-----------|-------|-----|------------|---------|--------|---------|---------|
| 2日に入院し、21日に退院した場合 (入院初日・最終日を除く入院期間が18日間(8日を超える入院期間が10日間)) | | 利用者氏名 | | | | | 事業所番号 | | | | |
| | | 円/日 | | | | | 事業者及びその事業所 | | | | |
| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | | 実費算定額 | | | | 利用者確認印 | 備考 | |
| | | サービス提供の状況 | 入院・外泊時加算 | 入院時支援特別加算 | 食費の単価 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | | | 光熱水費の単価 |
| | | | | | 朝食 | 昼食 | 夕食 | 一日 | 一月 | | |
| 1 | 日 | | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | |
| 2 | 月 | 入院 | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | |
| 3 | 火 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 4 | 水 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 5 | 木 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 6 | 金 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 7 | 土 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 8 | 日 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 9 | 月 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 10 | 火 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 11 | 水 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 12 | 木 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 13 | 金 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 14 | 土 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 15 | 日 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 16 | 月 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 17 | 火 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 18 | 水 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 19 | 木 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 20 | 金 | 入院 | 1 | | | | | | | | |
| 21 | 土 | 入院 | | | 1 | | | | | | |
| 22 | 日 | | | | 1 | | | | | | |
| 23 | 月 | | | | 1 | | | | | | |
| 24 | 火 | | | | 1 | | | | | | |
| 25 | 水 | | | | 1 | | | | | | |
| 26 | 木 | | | | 1 | | | | | | |
| 27 | 金 | | | | 1 | 1 | | | | | |
| 28 | 土 | | | | 1 | 1 | | | | | |
| 29 | 日 | | | | 1 | 1 | | | | | |
| 30 | 月 | | | | 1 | | | | | | |
| 31 | 火 | | | | 1 | | | | | | |
| 合計 | | 18回 | 0回 | | 13回 | 13回 | 13回 | | 13回 | | |
| | | | | | 各小計 | | | 11,700円 | | 1,300円 | |
| | | | | | 実費合計額 | | | | | 13,000円 | |

「入院・外泊時加算」欄
入院・外泊時加算及び長期入院等支援加算の算定対象となる入院期間の場合「1」を設定。(従来は、入院・外泊時加算のみであったため、1ヶ月最大8日間の設定であるが、長期入院等支援加算の新設により、最大31日間までの設定があり得る。)

「備考」欄
入院時支援特別加算および長期入院等支援加算の算定は、入院先等への訪問支援を要件としているため、支援を行った日については、備考欄に「訪問支援を実施」を設定する。(なお、入院時支援特別加算を算定する場合にあっては、「入院時支援特別加算」欄に「1」を設定することで、当記載は省略可。)

「入院時支援特別加算」欄
入院時支援特別加算と長期入院等支援加算は何れかを選択することになる。この事例では、長期入院等支援加算を算定するため、この欄は空白。

「サービス提供の状況」欄
本体報酬が算定される入院初日・最終日を含め入院期間中は「入院」を設定。(従来どおり)

留意事項
入院・外泊時加算の合計が9回以上するとき、入院時支援特別加算は必ず「0」となる。



(記載例) 上記の施設入所支援提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(報酬の区分Xで、定員50人、栄養管理体制加算I(管理栄養士)ありの事業所の場合)

| 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 |
|--------|----------------|-------------|-------------|-------|---------|---------|
| | | 施設入所 X 2 | 3 2 1 4 8 1 | 1 3 8 | 1 3 | 1 7 9 4 |
| | 施入栄養管理体制加算 I 1 | 3 2 5 1 5 0 | 2 4 | 1 3 | 3 1 2 | |
| | 施入入院外泊時加算 1 | 3 2 5 7 1 0 | 3 2 0 | 8 | 2 5 6 0 | |
| | 施入長期入院等支援加算 1 | 3 2 5 7 1 6 | 1 6 0 | 1 0 | 1 6 0 0 | |

- ① 補足給付の適用の有無
支給決定障害者の受給者証の記載により補足給付の適用があるか否かの確認を行い、適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載する。

- ② 提供曜日
当該サービス提供月における各日付の曜日を記載する。

- ③ 支援実績
(ア) サービス提供の状況
次の区分により、入院又は外泊をした日（入院又は外泊を開始した日及び施設に戻った日を含む。）の状況を記載する。

| | | | |
|----------------------|------|-----------------|------|
| 入院の初日 | 「入院」 | 外泊の初日 | 「外泊」 |
| 入院の中日 | 「入院」 | 外泊の中日 | 「外泊」 |
| 入院から施設に戻った日 | 「入院」 | 外泊から施設に戻った日 | 「外泊」 |
| 入院（外泊）から外泊（入院）に移行した日 | | 「入院（外泊）→外泊（入院）」 | |

- (イ) 入院・外泊時加算
入院・外泊時加算、長期入院等支援加算が算定される日には「1」を記載する。
(ウ) 入院時支援特別加算
入院時支援特別加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

- ④ 実費算定額
本欄については、「① 補足給付の適用の有無」欄で「2」(有)とされた者について記載する。

- (ア) 食費の単価
都道府県知事に届け出た食費の単価を、毎食単位又は一日単位の額で記載する。
(イ) 朝食、昼食、夕食
利用契約に従って、食事の提供を行ったときは、各食ごとに「1」を記載する。
(ウ) 光熱水費の単価
都道府県知事に届け出た光熱水費の単価を、一月単位又は一日単位の額で記載する。
(エ) 光熱水費
利用契約に従って、施設が費用を徴収する日については「1」を記載する。

- ⑤ 各実費小計
当該月の食費及び光熱水費の額をそれぞれの単価と算定回数に基づいて算出して記載する。

- ⑥ 実費合計額
「⑤ 各実費小計」欄に記載された額を合算した額を記載する。

- ⑦ 地域移行加算
(ア) 入所中算定日
入所中において地域移行加算が算定される支援を行った日を記載する。
(イ) 退所日
支給決定障害者が当該施設を退所した日を記載する。
(ウ) 退所後算定日
退所後において地域移行加算が算定される支援を行った日を記載する。
※ 退所月と退所後における地域移行加算の算定月が異なる場合は、基本情報と本欄の(イ)、(ウ)のみ記載する。

(9) 旧法施設支援（入所）提供実績記録票

平成 年 月 分

旧法施設支援(入所)提供実績記録票

| | | | | | |
|-----------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 | | 事業所番号 | |
| 1 | | 補足給付額(日額) | | 円/日 | |
| 適用がない場合は「1」、 適用がある場合は「2」 | | 支援実績 | | 実費算定額 | |
| 日付 | 曜日 | サービス提供の状況 | 入院・外泊時加算 | 入院時支援特別加算 | 自活訓練加算 |
| | | | | | 食費の単価 |
| | | | | | 朝食 円/日 |
| | | | | | 昼食 円/日 |
| | | | | | 夕食 円/日 |
| | | | | | 一日 円/日 |
| | | | | | 一月 円/日 |
| | | | | | 光熱水費の単価 |
| | | | | | 一日 円/日 |
| | | | | | 一月 円/日 |
| | | | | | 光熱水費 |
| | | | | | 利用者確認印 |
| | | | | | 備考 |
| 1 | 月 | | | | 1 |
| 2 | 火 | | | | 1 |
| 3 | 水 | | | | 1 |
| 4 | 木 | | | | 1 |
| 5 | 金 | | | | 1 |
| 6 | 土 | | | | 1 |
| 7 | 日 | | | | 1 |
| 8 | 月 | | | | 1 |
| 9 | 火 | | | | 1 |
| 10 | 水 | | | | 1 |
| 11 | 木 | | | | |
| 12 | 金 | | | | |
| 13 | 土 | | | | |
| 14 | 日 | | | | |
| 15 | 月 | | | | |
| 合計 | | | 回 | 10 回 | 円 |
| | | | 回 | 回 | 円 |
| | | | 各小計 | | 円 |
| | | | 実費合計額 | | 円 |
| 入所時特別支援加算 | 利用開始日 | 年月日 | 30日目 | 年月日 | 当月算定日数 |
| 退所時特別支援加算 | 入所中算定日 | 21年 1月 8日 | 退所日 | 21年 1月10日 | 退所後算定日 |
| | | | | | 21年 1月17日 |

① 補足給付の適用の有無

支給決定障害者の受給者証の記載により補足給付の適用があるか否かの確認を行い、適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載する。

② 提供曜日

当該サービス提供月における各日付の曜日を記載する。

③ 支援実績

(ア) サービス提供の状況

次の区分により、入院又は外泊をした日（入院又は外泊を開始した日及び施設に戻った日を含む。）の状況を記載する。

| | | | |
|----------------------|------|-----------------|------|
| 入院の初日 | 「入院」 | 外泊の初日 | 「外泊」 |
| 入院の中日 | 「入院」 | 外泊の中日 | 「外泊」 |
| 入院から施設に戻った日 | 「入院」 | 外泊から施設に戻った日 | 「外泊」 |
| 入院（外泊）から外泊（入院）に移行した日 | | 「入院（外泊）→外泊（入院）」 | |

- (イ) 入院・外泊時加算
入院・外泊時加算、長期入院等支援加算が算定される日には「1」を記載する。
- (ウ) 入院時支援特別加算
入院時支援特別加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。
- (エ) 自活訓練加算
自活訓練加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。
- ④ 実費算定額
本欄については、「④ 補足給付の適用の有無」欄で「2」(有)と記載された者について記載する。
 - (ア) 食費の単価
都道府県知事に届け出た食費の単価を、毎食単位又は一日単位の額で記載する。
 - (イ) 朝食、昼食、夕食
利用契約に従って、食事の提供を行ったときは、各食ごとに「1」を記載する。
 - (ウ) 光熱水費の単価
都道府県知事に届け出た光熱水費の単価を、一月単位又は一日単位の額で記載する。
 - (エ) 光熱水費
利用契約に従って、施設が費用を徴収する日については「1」を記載する。
- ⑤ 各実費小計
当該月の食費及び光熱水費の額をそれぞれの単価と算定回数に基づいて算出して記載する。
- ⑥ 実費合計額
「⑤ 各実費小計」欄に記載された額を合算した額を記載する。
- ⑦ 入所時特別支援加算
 - (ア) 利用開始日
入所時特別支援加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者が入所した日を記載する。
 - (イ) 30日目
入所時特別支援加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。
 - (ウ) 当月算定日数
当該月における入所時特別支援加算の算定日数(入所時特別支援加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数)を記載する。
- ⑧ 退所時特別支援加算
 - (ア) 入所中算定日
入所中に退所時特別支援加算が算定される支援を行った日を記載する。
 - (イ) 退所日
支給決定障害者が当該施設を退所した日を記載する。
 - (ウ) 退所後算定日
退所後に退所時特別支援加算が算定される支援を行った日を記載する。
※ 退所月と退所後における退所時特別支援加算の算定月が異なる場合は、基本情報と本欄の(イ)、(ウ)のみ記載する。



(記載例) 上記の旧法施設支援(入所)提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(障害者の区分A、旧身体障害者入所更生施設で定員40人以下の事業所の場合)

| 給付費明細 | 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 |
|-------|----------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----|---------|---|---|---|----|
| | | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 6 | 5 | 1 | 0 | 9 | 6 | 5 | |
| | 旧身入更生1A | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 6 | 5 | 1 | 0 | 9 | 6 | 5 | 0 |
| | 旧身入更生退所時特別支援加算 | 8 | 1 | 5 | 5 | 1 | 0 | 2 | 0 | 9 | 7 | 2 | 4 | 1 | 9 | 4 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

(10) 旧法施設支援（通勤寮）提供実績記録票

| 平成 年 月 分 | | 旧法施設支援(通勤寮)提供実績記録票 | | | | | |
|-----------|--------|--------------------|----------|-----------|--------|------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 | | | | 事業所番号 | |
| 契約支給量 | | | | | | 事業者及びその事業所 | |
| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | | | 利用者確認印 | 備考 |
| | | サービス提供の状況 | 入院・外泊時加算 | 入院時支援特別加算 | 食事提供加算 | | |
| 1 | 月 | | | | 1 | ㊟ | |
| 2 | 火 | | | | 1 | ㊟ | |
| 3 | 水 | | | | 1 | ㊟ | |
| 4 | 木 | | | | 1 | ㊟ | |
| 5 | 金 | 入院 | | | 1 | ㊟ | 入院・外泊の初日・最終日は本体報酬を算定。 食事をしていなくても食事提供加算は算定可 |
| 6 | 土 | 入院 | 1 | | | ㊟ | |
| 7 | 日 | 入院 | 1 | | | ㊟ | |
| 8 | 月 | 入院 | 1 | | | ㊟ | |
| 9 | 火 | 入院 | | | 1 | ㊟ | |
| 10 | 水 | | | | 1 | ㊟ | |
| 11 | 木 | | | | 1 | ㊟ | |
| 12 | 金 | | | | 1 | ㊟ | |
| 13 | 土 | | | | 1 | ㊟ | |
| 14 | 日 | | | | 1 | ㊟ | |
| 15 | 月 | | | | 1 | ㊟ | |
| 16 | 火 | | | | 1 | ㊟ | |
| 17 | 水 | | | | 1 | ㊟ | |
| 18 | 木 | | | | 1 | ㊟ | |
| 19 | 金 | | | | 1 | ㊟ | |
| 20 | 土 | | | | 1 | ㊟ | |
| 21 | 日 | 入院 | | | 1 | ㊟ | |
| 22 | 月 | 入院 | 1 | | | ㊟ | |
| 23 | 火 | 入院 | 1 | | | ㊟ | 入院の加算は 9～13日の場合、最低1回 14日以上の場合、最低2回は 支援に行かなければならない。 |
| 24 | 水 | 入院 | 1 | | | ㊟ | |
| 25 | 木 | 入院 | 1 | 1 | | ㊟ | |
| 26 | 金 | 入院 | 1 | | | ㊟ | |
| 27 | 土 | 入院 | | | | ㊟ | |
| 28 | 日 | 入院 | | | | ㊟ | |
| 29 | 月 | 入院 | | | | ㊟ | |
| 30 | 火 | 入院 | | 1 | | ㊟ | 入所時特別支援加算は、1ヶ月ではなく、 30日目まで。 入所時特別支援加算の算定可能期間のうち、 本体報酬が算定される日数を記載。 |
| 31 | 水 | 入院 | | | | ㊟ | |
| 合計 | | | 8回 | 2回 | 18回 | | |
| 入所時特別支援加算 | 利用開始日 | 年 月 日 | 30日目 | 年 月 日 | 当月算定日数 | 日 | |
| 退所時特別支援加算 | 入所中算定日 | 年 月 日 | 退所日 | 年 月 日 | 退所後算定日 | 年 月 日 | |

- ① 提供曜日
 当該サービス提供月における各日付の曜日を記載する。

② 支援実績

(ア) サービス提供の状況

次の区分により、入院又は外泊をした日（入院又は外泊を開始した日及び施設に戻った日を含む。）の状況を記載する。

| | | | |
|----------------------|-----------------|-------------|------|
| 入院の初日 | 「入院」 | 外泊の初日 | 「外泊」 |
| 入院の中日 | 「入院」 | 外泊の中日 | 「外泊」 |
| 入院から施設に戻った日 | 「入院」 | 外泊から施設に戻った日 | 「外泊」 |
| 入院（外泊）から外泊（入院）に移行した日 | 「入院（外泊）→外泊（入院）」 | | |

(イ) 入院・外泊時加算

入院・外泊時加算が算定される日には「1」を記載する。

(ウ) 入院時支援特別加算

入院時支援特別加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

(エ) 食事提供加算

食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。



（記載例）上記の旧法施設支援（通勤寮）提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。（障害者の区分Bの場合）

| 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 |
|--------|-----------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|----|---------|---|---|---|----|
| | | 9 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7 | 4 | 1 | 8 | 4 | 9 | 3 | 2 | |
| | 旧通勤寮B | 9 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7 | 4 | 1 | 8 | 4 | 9 | 3 | 2 | |
| | 旧通勤寮入院外泊時加算 1 | 9 | 5 | 5 | 7 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | | 8 | | 9 | 7 | 6 | |
| | 旧通勤寮入院時特別支援加算 2 | 9 | 5 | 5 | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(1 1) 旧法施設支援 (通所) 提供実績記録票

平成 年 月分 旧法施設支援(通所)実績記録票

| | | | | | |
|--------|--|------------|--|------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 | | 事業所番号 | |
| 契約支給量 | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 | | | 利用者確認印 | 備考 | | | | |
|----|----|----------|-------|---------------|--------|-------|----|-----------|---|------|
| | | 開始時間 | 終了時間 | 訪問支援加算 時間数 | | | | | | |
| 1 | 月 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 2 | 火 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 3 | 水 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 4 | 木 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 5 | 金 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 8 | 月 | 10:00 | 16:00 | | | | Ⓢ | | | |
| 9 | 火 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 10 | 水 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 11 | 木 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | Ⓢ | | | |
| 12 | 金 | 10:00 | 16:00 | | | | Ⓢ | | | |
| 15 | 月 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 16 | 火 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 17 | 水 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 18 | 木 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 19 | 金 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 22 | 月 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 23 | 火 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 24 | 水 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 25 | 木 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| 26 | 金 | | | | | | | 1 | Ⓢ | 日報あり |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | 回 | 8 回 | 施設外支援 | 当月 | 10 日 | | |
| | | | | | | | 累計 | 25 日/180日 | | |

定期的(週1回程度)に訪問すること。
就職の前日まで算定できる。
延べ180日を限度(在宅就労を除く)。

| | | | | | | |
|-----------|--------|-------|------|-------|--------|-------|
| 入所時特別支援加算 | 利用開始日 | 年 月 日 | 30日目 | 年 月 日 | 当月算定日数 | 日 |
| 退所時特別支援加算 | 入所中算定日 | 年 月 日 | 退所日 | 年 月 日 | 退所後算定日 | 年 月 日 |

① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、通所による旧法施設支援を提供した日及びその曜日を記載する。

- ② サービス提供実績
 実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。
- (ア) 開始時間・終了時間
 サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
 訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行った場合は、その時間を記載する。
 ※ 施設外支援を行った日については記載不要。
 - (イ) 訪問支援加算
 訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。
 - (ウ) 食事提供加算
 食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。
 - (エ) 施設外支援
 施設外における支援を行った日には「1」を記載するとともに、当該支援に係る日報を作成し（提出不要）、備考欄に「日報あり」と記載する。
- ③ 施設外支援の合計
- (ア) 当月
 当月において施設外支援を行った合計日数を記載する。
 - (イ) 累計
 施設外支援について本体報酬が算定できる日数は180日が上限となるため、当該月分を含む累計の算定日数を記載する。
- ④ 入所時特別支援加算
- (ア) 利用開始日
 入所時特別支援加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者がサービス利用を開始した日を記載する。
 - (イ) 30日目
 入所時特別支援加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。
 - (ウ) 当月算定日数
 当該月における入所時特別支援加算の算定日数（入所時特別支援加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数）を記載する。
- ⑤ 退所時特別支援加算
- (ア) 入所中算定日
 入所中において退所時特別支援加算が算定される支援を行った日を記載する。
 - (イ) 退所日
 支給決定障害者が当該施設を退所（通所を終了）した日を記載する。
 - (ウ) 退所後算定日
 退所後において退所時特別支援加算が算定される支援を行った日を記載する。
 ※ 退所月と退所後における退所時特別支援加算の算定月が異なる場合は、基本情報と本欄の(イ)、(ウ)のみ記載する。



（記載例）上記の旧法施設支援（通所）提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。（障害者の区分A、旧知的障害者通所授産施設支援で定員20人の事業所の場合）

| 給付費明細 | 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 |
|---------------|-------------|-------------|-------|-------|-----------|----|
| | 旧知通授産通所11A | 9 4 1 4 1 1 | 9 8 2 | 2 0 | 1 9 6 4 0 | |
| 旧知通授産食事提供体制加算 | 9 4 5 0 7 0 | 4 2 | 8 | 3 3 6 | | |
| | | | | | | |

(12) 自立訓練（機能訓練）サービス提供実績記録票

| 平成 年 月分 | | 自立訓練(機能訓練)サービス提供実績記録票 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------|-----------------------|-------|-------|--------|--------|----|---|--------|--|-----------------------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | 事業所番号 | | | | | | | | |
| 契約支給量 | | | | | | | | | | | 事業者及びその事業所 | | | | | | | | | | |
| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 | | | | 利用者確認印 | 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 提供形態 | 開始時間 | 終了時間 | 食事提供加算 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 月 | 1 | 10:00 | 16:00 | 1 | ㊟ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 火 | 2 | 10:00 | 12:00 | | ㊟ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | 通所型 | 回 | 訪問型 | 1時間未満 | 回 | 1時間以上 | 回 | | | | | | | | | | | | | | |
| 初期加算 | 利用開始日 | 年 | 月 | 日 | 30日目 | 年 | 月 | 日 | 当月算定日数 | | | | | | | | | | | | |

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、自立訓練（機能訓練）サービスを提供した日及びその曜日を記載する。
- ② サービス提供実績
実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。
 - (ア) 提供形態
次の区分により、サービスの提供形態を記載する。
・通所型・・・「1」
・訪問型・・・「2」
 - (イ) 開始時間・終了時間
サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
 - (ウ) 食事提供加算
食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。
- ③ 初期加算
 - (ア) 利用開始日
初期加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者がサービス利用を開始した日を記載する。
 - (イ) 30日目
初期加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。
 - (ウ) 当月算定日数
当該月における初期加算の算定日数（初期加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数）を記載する。



(記載例) 上記の自立訓練（機能訓練）サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(定員 40 人の事業所の場合)

| 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 | | |
|--------|--------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----|---------|--|---|----|---|--|
| | | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 8 | | | | | | | |
| | 機能訓練Ⅰ 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 8 | 1 | | | 6 | 6 | 8 | |
| | 機能訓練Ⅱ 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 8 | 0 | 1 | | | 2 | 8 | 0 | |
| | 機能訓練食事提供体制加算 | 4 | 1 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 4 | 2 | 1 | | | | 4 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(13) 自立訓練（生活訓練）サービス提供実績記録票

平成 年 月分 自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票

| | | | | | |
|--------|--|-----------------------|--|------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | | 事業所番号 | |
| 契約支給量 | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 | | | | | 利用者確認印 | 備考 |
|------|-------|----------|-------|----------------------|--------|--------|--------|--|
| | | 提供形態 | 開始時間 | 終了時間 | 短期滞在加算 | 食事提供加算 | | |
| 1 | 月 | 1 | 10:00 | 16:00 | | 1 | ㊟ | |
| 2 | 火 | 2 | 10:00 | 12:00 | | | ㊟ | 訪問型の算定は週2回まで。(報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。) |
| 3 | 水 | 2 | 10:00 | 11:00 | | | ㊟ | |
| 4 | 木 | 2 | 10:00 | 12:00 | | | ㊟ | |
| 5 | 金 | 1 | 10:00 | 16:00 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 6 | 土 | 1 | 10:00 | 16:00 | 1 | 1 | ㊟ | |
| 7 | 日 | 1 | 10:00 | 16:00 | 1 | 1 | ㊟ | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 合計 | | 通所型 4回 | 訪問型 | 1時間未満 1回 1時間以上 2回 | | 3回 | 4回 | |
| 初期加算 | 利用開始日 | 年 月 日 | 30日目 | 年 月 日 | 当月算定日数 | | 日 | |

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、自立訓練（生活訓練）サービスを提供した日・曜日を記載する。
- ② サービス提供実績
実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。
 - (ア) 利用形態
次の区分により、サービスの提供形態を記載する。
 - ・通所型・・・「1」
 - ・訪問型・・・「2」(※ 報酬上算定できるのは週2回が限度だが、それにかかわらず要件を満たす場合は記載する。)
 - (イ) 開始時間・終了時間
サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
※ 短期滞在型の場合は、日中における訓練時間について記載する。
 - (ウ) 食事提供加算
食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。
 - (エ) 短期滞在加算
短期滞在加算の算定対象となる支援を行った日には「1」を記載する。

③ 初期加算

(ア) 利用開始日

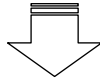
初期加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者がサービス利用を開始した日を記載する。

(イ) 30日目

初期加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。

(ウ) 当月算定日数

当該月における初期加算の算定日数（初期加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数）を記載する。



(記載例) 上記の自立訓練（生活訓練）サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。（定員40人、夜勤体制を確保している事業所の場合）

| 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 |
|----------------------------|---------------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|--------|---------|---|---|----|
| | 生活訓練Ⅰ 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 6 | 8 | 1 | 6 | 6 | 8 | |
| | 生活訓練Ⅱ 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 8 | 7 | 1 | 1 | 8 | 7 | |
| | 生活訓練Ⅱ 2 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 8 | 0 | 1 | 2 | 8 | 0 | |
| | 生活訓練短期滞在加算Ⅰ | 4 | 2 | 5 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 | 0 | 3 | 5 | 4 | 0 | |
| | 生活訓練食事提供体制加算Ⅰ | 4 | 2 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 6 | 8 | 3 | 2 | 0 | 4 | |
| | 生活訓練食事提供体制加算Ⅱ | 4 | 2 | 5 | 0 | 7 | 1 | | 4 | 2 | 1 | | 4 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

(14) 宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票

平成 年 月分 宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|------------|--|-------|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | 支給決定障害者等氏名 | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 事業者及びその事業所 | | | | | | | | | |

| 日付 | 曜日 | 支援実績 | | 利用者確認印 | 備考 |
|----|----|-----------|--------|--------|----|
| | | サービス提供の状況 | 食事提供加算 | | |
| 1 | 月 | 1 | 1 | 印 | |
| 2 | 火 | 1 | 1 | 印 | |
| 3 | 水 | 1 | 1 | 印 | |
| 4 | 木 | 1 | 1 | 印 | |
| 5 | 金 | 1 | 1 | 印 | |
| 6 | 土 | 1 | 1 | 印 | |
| 7 | 日 | 1 | 1 | 印 | |
| 8 | 月 | 1 | 1 | 印 | |
| 9 | 火 | 1 | 1 | 印 | |
| 10 | 水 | 1 | 1 | 印 | |
| 31 | 水 | 1 | 1 | 印 | |
| 合計 | | | | 回 | |

初期加算は、1ヶ月ではなく、30日目まで。
初期加算の算定可能期間のうち、本体報酬が算定される日数を記載。

| | | | | | | |
|------|-------|-------|------|-------|--------|---|
| 初期加算 | 利用開始日 | 年 月 日 | 30日目 | 年 月 日 | 当月算定日数 | 日 |
|------|-------|-------|------|-------|--------|---|

- ① 提供曜日
当該サービス提供月における各日付の曜日を記載する。
- ② 支援実績
 - (ア) サービス提供の状況
宿泊型自立訓練を行った日には「1」と記載する。
 - (イ) 食事提供加算
食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。
- ③ 初期加算
 - (ア) 利用開始日
初期加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者がサービス利用を開始した日を記載する。
 - (イ) 30日目
初期加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。
 - (ウ) 当月算定日数
当該月における初期加算の算定日数（初期加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数）を記載する。



(記載例) 上記の宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。(利用期間が 1年以内の場合)

| 給付費明細 | 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 |
|-------|-----------------|-------------|-------------|-------|---------|---------|
| | | 生活訓練Ⅲ 1 | 3 4 1 1 1 1 | 2 7 0 | 3 1 | 8 3 7 0 |
| | 宿泊型自立訓練食事提供体制加算 | 3 4 5 0 7 0 | 4 2 | 3 1 | 1 3 0 2 | |
| | | | | | | |

(15) 就労移行支援提供実績記録票

平成 年 月 日 就労移行支援実績記録票

| | | |
|--------|-----------------------|------------|
| 受給者証番号 | 支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) | 事業所番号 |
| 契約支給量 | | 事業者及びその事業所 |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 | | | | | 利用者確認印 | 備考 |
|----|----|----------|-------|---------------|--------|-------|----------|----------------|
| | | 開始時間 | 終了時間 | 訪問支援加算 時間数 | 食事提供加算 | 施設外支援 | | |
| 1 | 月 | 10:00 | 16:00 | | 1 | | ㊟ | |
| 2 | 火 | | | | | 1 | ㊟ | 日報あり |
| 10 | 水 | 10:00 | 11:00 | 1 | | | ㊟ | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 合計 | | | | 1回 | 1回 | 施設外支援 | 当月 累計 | 1日 10日/180日 |

施設外支援を算定する場合、定期的(週1回程度)に訪問すること。就職の前日まで算定できる。延べ180日を限度(在宅就労を除く)。

| | | | | | | |
|------|-------|-------|------|-------|--------|---|
| 初期加算 | 利用開始日 | 年 月 日 | 30日目 | 年 月 日 | 当月算定日数 | 日 |
|------|-------|-------|------|-------|--------|---|

- ① 提供日付・曜日
当該サービス提供月において、就労移行支援を提供した日及びその曜日を記載する。
- ② サービス提供実績
実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。
 - (ア) 開始時間・終了時間
サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行った場合は、その時間を記載する。
※ 施設外支援を行った日については記載不要。
 - (イ) 訪問支援加算
訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。
 - (ウ) 食事提供加算
食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日には「1」を記載する。
 - (エ) 施設外支援
施設外における支援を行った日には「1」を記載するとともに、当該支援に係る日報を作成し(提出不要)、備考欄に「日報あり」と記載する。

③ 施設外支援の合計

(ア) 当月

当月において施設外支援を行った合計日数を記載する。

(イ) 累計

施設外支援について本体報酬が算定できる日数は180日が上限となるため、当該月分を含む累計の算定日数を記載する。

④ 初期加算

(ア) 利用開始日

初期加算の算定可能期間の起算日となる、当該支給決定障害者がサービス利用を開始した日を記載する。

(イ) 30日目

初期加算の算定可能期間の満了日となる、(ア)の利用開始日から起算して30日目となる日を記載する。

(ウ) 当月算定日数

当該月における初期加算の算定日数（初期加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数）を記載する。



(記載例) 上記の就労移行支援提供実績記録票から介護給付費・訓練等給付費等明細書を作成した場合。
(就労移行支援Ⅰ（養成施設以外）で定員40人の事業所の場合)

| 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 | | |
|----------------------------|-------------|---------|---|---|---|---|-----|---|---|--------|---------|---|---|----|---|--|
| | 就移1 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 | 6 | 9 | 2 | 1 | 5 | 3 | 8 | |
| | 就移訪問支援特別加算1 | 4 | 3 | 5 | 6 | 0 | 0 | 1 | 8 | 7 | 1 | | 1 | 8 | 7 | |
| | 就移食事提供体制加算 | 4 | 3 | 5 | 0 | 7 | 0 | | 4 | 2 | 1 | | | 4 | 2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

(16) 就労継続支援提供実績記録票

(「(15) 就労移行支援提供実績記録票」に準じて記載する。)

(17) 共同生活援助サービス提供実績記録票

(「(7) 共同生活介護サービス提供実績記録票」に準じて記載する (②の(イ)夜間支援体制加算及び(キ)日中介護等支援加算を除く。))

* 各種様式 *

介護給付費・訓練等給付費等請求書
介護給付費・訓練等給付費等明細書
居宅介護サービス提供実績記録票
重度訪問介護サービス提供実績記録票
行動援護サービス提供実績記録票
児童デイサービス提供実績記録票
短期入所サービス提供実績記録票
生活介護サービス提供実績記録票
共同生活介護サービス実績記録票
施設入所支援提供実績記録票
共同生活援助サービス実績記録票
自立訓練(機能訓練)サービス提供実績記録票
自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票
宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票
就労移行支援実績記録票
就労継続支援実績記録票
旧法施設支援(入所)提供実績記録票
旧法施設支援(通所)実績記録票
旧法施設支援(通勤寮)提供実績記録票
契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)報告書