

資料1 - 3	H18.9.27
障害福祉サービス事業者説明会	
千葉県障害者自立支援課	

# 10月分以降の請求書等 記載例

## 【千葉県作成】

平成18年10月の障害者自立支援法の本施行にあたり、請求事務の参考資料として千葉県が作成したものであり、事務取扱いについて、他市町村と若干の差異があるものと予測される。なお、今後の国の動向により変更が有り得るものとする。

国資料記載例	事例 1 及び 8	}	2 ~ 9 ページ
利用サービス	居宅介護、行動援護、重度訪問介護		
記載例	介護給付費・訓練等給付費請求書		
	介護給付費・訓練等給付費明細書（居宅介護、行動援護）		
	居宅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		
	介護給付費・訓練等給付費明細書（重度訪問介護） 重度訪問介護サービス提供実績記録票		
国資料記載例	事例 1 6	}	10 ~ 14 ページ
利用サービス	施設入所支援、生活介護、就労継続支援事業 B 型		
記載例	介護給付費・訓練等給付費請求書		
	介護給付費・訓練等給付費明細書		
	施設入所支援提供実績記録票		
	生活介護サービス提供実績記録票 就労継続支援実績記録票		
国資料記載例	事例 2 2	}	15 ~ 16 ページ
利用サービス	旧身体障害者療護施設支援（入所）		
記載例	介護給付費・訓練等給付費明細書 旧法施設支援（入所）提供実績記録票		
国資料記載例	事例 1 0	}	17 ~ 18 ページ
利用サービス	児童デイサービス		
記載例	介護給付費・訓練等給付費明細書 児童デイサービス提供実績記録票		
国資料記載例	事例 2 6	}	19 ~ 22 ページ
利用サービス	居宅介護、生活介護、短期入所		
記載例	介護給付費・訓練等給付費明細書		
	生活介護サービス提供実績記録票		
	居宅介護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		
国資料記載例	事例 3 0	}	23 ~ 26 ページ
利用サービス	共同生活援助、共同生活介護		
記載例	介護給付費・訓練等支援費請求書		
	介護給付費・訓練等支援費明細書		
	共同生活援助サービス提供実績記録票 共同生活介護サービス提供実績記録票		

【参考資料】 平成 18 年 10 月からの利用者負担額の上限額管理方法について  
27 ページ～

上記の記載例については、資料 1 - 2 の厚生労働省提供資料の記載例による各事例を加工した  
ものとして千葉市が作成したものであり、実際の請求書等作成に当たっては、資料 1 - 1「事務処  
理要領」及び資料 1 - 2「厚生労働省提供資料」を必ず熟読していただき、適正な請求書作成を行  
っていただきますようお願いいたします。

## 介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 18 年 12 月 10 日

( あて先 )

千 葉 市 長

下記のとおり請求します。

平成	1	8	年	1	1	月分
----	---	---	---	---	---	----

請求金額		¥	1	0	9	0	2	2	1
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---

区 分	件数	単位数	費用合計	市町村 請求額	利用者 負担額	社福 軽減額	自治体 助成分
介護給付費	居宅介護	5	39,860	412,945	371,650	41,295	0
	重度訪問介護	4	65,324	676,756	616,756	60,000	0
	行動援護	5	10,920	113,130	101,815	11,315	0
訓練等給付							
小 計	14	116,104	1,202,831	1,090,221	112,610	0	
特定障害者特別給付費							
合 計	14	116,104	1,202,831	1,090,221	112,610	0	

事業所番号	X X 1 X X X X X X X X
住 所 (所在地)	〒 - 千葉市中央区千葉港 -
電話番号	(043)245 -
名 称	社会福祉法人 会
職・氏名	理事長

平成18年10月より同一事業所番号で1つの請求書となる。(障害別 サービス別ではない。)

**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・電話番号・名称  
 事業者の住所・電話番号・名称(一般に法人所在地、法人名等)  
 職・氏名  
 代表者の職・氏名を記載し、押印。  
 法人名以外で請求を行うことも、委任状(請求の委任)を提出することで可能。また、法人の代表者以外の名義の口座に支払いを行う場合も委任状(受領の委任)が必要。

事例1の同サービスが5件、事例8の同サービスが4件と想定し、作成した。

(様式第二)

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) **事例1を加工**

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成 1 8 年 1 1 月 分

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX								
支給決定に係る障害児氏名									

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	X
事業者及びその事業所の名称	社会福祉法人 ヘルパー 会									
地域区分	甲地									
社会福祉法人等軽減措置実施の有無	1									

当該事業所が社会福祉法人軽減措置を実施していない場合は「1」、実施している場合は「2」と記載する。

受給者証により社会福祉法人等軽減措置の適用有無を確認し、適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載する。

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

上限額対象者である場合のみ記載。  
ア 上限額管理者  
(ア) 自らの指定事業者番号、事業者名  
(イ) 管理結果は、管理結果票に記載した管理結果を記載する。  
(ウ) 管理結果額は管理結果が「1」の場合、月額上限額、「2」の場合、管理結果票の利用者負担額、「3」の場合、管理結果票の管理結果欄の利用者負担額。

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

イ 関係事業所  
(ア) 管理者の指定事業者番号、事業者名  
(イ) 管理結果は、管理結果票に記載した管理結果を記載する。  
(ウ) 管理結果額は管理結果が「1」の場合、「0」、「2」の場合、管理結果票の利用者負担額、「3」の場合、管理結果票の管理結果欄の利用者負担額。

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
1 1		1	8	1	0	0					6	
1 3		1	8	1	0	0					3	

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1.5	1 1 1 1 1 9	5 8 0	4	2 3 2 0	
身体早朝1.0	1 1 1 1 9 9	5 0 0	4	2 0 0 0	
身体夜間0.5深夜1.0	1 1 1 4 9 1	8 1 3	4	3 2 5 2	
家事早朝0.5	1 1 6 1 9 5	1 0 0	4	4 0 0	
行動援護2.0	1 3 1 1 4 1	7 2 8	3	2 1 8 4	

事例1  
1 利用者負担関係  
所得区分 低所得1  
社会福祉軽減措置対象者  
2 提供サービス  
居宅介護 6日  
行動援護 3日

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  
開始年月日 一連とみなされる利用契約の下で最初にサービス提供をした日(平成18年4月1日以降)  
終了年月日 一連とみなされる利用契約を解消し、途中でサービス中止した場合に最後にサービス提供した日  
利用日数 当該月にサービス利用した日数

サービス種類コード	1 1	居宅介護	1 3	行動援護	合計
サービス利用日数	0 6 日		0 3 日		
給付単位数	7 9 7 2		2 1 8 4		1 0 1 5 6
単位数単価	1 0 3 6 円/単位		1 0 3 6 円/単位		
給付率	9 0 / 100		9 0 / 100		
総費用額	8 2 5 8 9		2 2 6 2 6		1 0 5 2 1 5
給付率に基づく	請求額	7 4 3 3 0	2 0 3 6 3		
	利用者負担額	8 2 5 9	2 2 6 3		
上限月額調整(の内少ない数)		8 2 5 9	2 2 6 3		1 0 5 2 2
社会福祉法人等軽減後利用者負担額					
社会福祉法人等軽減額					
調整後利用者負担額					
調整後社会福祉法人等軽減額					
調整後利用者負担額(短期用)					
上限額管理後利用者負担額					
市町村請求額	7 4 3 3 0		2 0 3 6 3		9 4 6 9 3
自治体助成分請求額					

介護給付費、訓練等給付費の報酬算定の方法  
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。  
サービスコード単位数 = 告示単位 × 加減算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を乗じる。  
サービス単位数 = サービスコード単位数 × 提供回数  
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一月分のサービス単位数を合算し、一月分の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。  
総費用額 = 給付単位数 × 単位数単価  
介護給付費の算出 (端数処理: 小数点以下切り捨て)  
総費用額に給付率(90/100)を乗じて介護給付費を算出する。  
介護給付費 = 総費用額 × 給付率  
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  
利用者負担額 = 総費用額 - 介護給付費

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目

受給者証番号	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
契約支給量	身体介護 20時間/月、家事援助 5時間/月			事業者及びその事業所	社会福祉法人 ヘルパー 会

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				
6	月	身体	6:30	7:30	1		6:30	7:30	1		1	印	印	
6	月	家事	7:30	8:00	0.5		7:30	8:00	0.5		1	印	印	
6	月	身体	11:30	13:00	1.5		11:30	13:00	1.5		1	印	印	
6	月	身体	21:30	23:00	1.5		21:30	23:00	1.5		1	印	印	
13	月	身体	6:30	7:30	1		6:30	7:30	1		1	印	印	
13	月	家事	7:30	8:00	0.5		7:30	8:00	0.5		1	印	印	
13	月	身体	11:30	13:00	1.5		11:30	13:00	1.5		1	印	印	
13	月	身体	21:30	23:00	1.5		21:30	23:00	1.5		1	印	印	
20	月	身体	6:30	7:30	1		6:30	7:30	1		1	印	印	
20	月	家事	7:30	8:00	0.5		7:30	8:00	0.5		1	印	印	
21	火	身体	11:30	13:00	1.5		11:30	13:00	1.5		1	印	印	
21	火	身体	21:30	23:00	1.5		21:30	23:00	1.5		1	印	印	
27	月	身体	6:30	7:30	1		6:30	7:30	1		1	印	印	
27	月	家事	7:30	8:00	0.5		7:30	8:00	0.5		1	印	印	
28	火	身体	11:30	13:00	1.5		11:30	13:00	1.5		1	印	印	
28	火	身体	21:30	23:00	1.5		21:30	23:00	1.5		1	印	印	

サービス内容  
次の区分により略称又は番号を記載する。  
身体介護 「身体」又は「1」、通院介助(身体介護を伴う場合) 「通院(伴う)」又は「2」、家事援助 「家事」又は「3」、通院介助(身体介護を伴わない場合) 「通院(伴わず)」又は「4」、乗降介助 「乗降」又は「5」  
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。

居宅介護計画及びサービス提供時間の時間数  
通院介助において、開始時間から終了時間の間に従業者が自転車を運転する時間が含まれる場合は、運転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。

合計	計画時間数計	内訳(適用単価別)				算定時間数計
		100%	90%	70%	重訪	
居宅における身体介護	16	16				16
通院介護(身体介護を伴う)						
家事援助	2	2				2
通院介護(身体介護を伴わない)						
通院等乗降介助						

受給者証番号 XXXXXXXXXX	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) XX XX	事業所番号 XXXXXXXXXX
契約支給量 行動援護10時間/月	事業者及びその事業所 社会福祉法人 ヘルパー 会	

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	水	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1	印	印	
8	水	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1	印	印	
15	水	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1	印	印	
合計				計画時間数計 6	内訳(適用単価別) 100% 70%		算定時間数計 6				

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) 事例8を加工

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 社会福祉法人 会
ヘルパー
地域区分 甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

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 1 2 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 利用日数 1 3 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
重訪 日中4.0 1 2 1 3 1 1 1 6 0 3 1 4 9 6 0
重訪 早期4.0 1 2 2 3 1 1 2 0 0 2 1 4 2 0 0
重訪 夜間8.0 1 2 3 3 2 1 1 8 8 1 7 3 1 9 6
重訪 深夜8.0 1 2 4 3 2 1 2 2 5 9 2 0 2 5
重訪移動介護加算2 1 2 5 0 2 1 1 5 0 1 3 1 9 5 0

事例8
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
2 提供サービス
重度訪問介護 13日

サービス種類コード 1 2 重度訪問介護
サービス利用日数 1 3 日
給付単位数 1 6 3 3 1
単位数単価 1 0 3 6 円/単位
給付率 9 0 / 100
総費用額 1 6 9 1 8 9
請求額 1 5 2 2 7 0
利用者負担額 1 6 9 1 9
上限月額調整(の内少ない数) 1 5 0 0 0
市町村請求額 1 5 4 1 8 9
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 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

受給者証番号 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 1 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 社会福祉法人 ヘルパー 会
利用者負担上限月額 24,600	社福法人等負担軽減適用の有無	有	利用者負担軽減後上限月額 12,300
			社福法人等軽減措置実施の有無 有

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	7:00	9:00	2		7:00	9:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
4	月	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
6	水	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		20:00	22:00	2		20:00	22:00	2		1	印	印	
8	金	7:00	9:00	2		7:00	9:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
11	月	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
13	水	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		20:00	22:00	2		20:00	22:00	2		1	印	印	
15	金	7:00	9:00	2		7:00	9:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
18	月	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
移動介護分													
合計													

受給者証番号 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 1 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	社会福祉法人 へいパー 会
利用者負担上限月額 24,600	社福法人等負担 軽減適用の有無	有	利用者負担軽減後上限月額 12,300
		社福法人等軽減措置実施の有無	有

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		開始時間	終了時間	時間	移動				
				時間	移動								
18	月	21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
20	水	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		20:00	22:00	2		20:00	22:00	2		1	印	印	
22	金	7:00	9:00	2		7:00	9:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
25	月	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
27	水	6:00	8:00	2		6:00	8:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		20:00	22:00	2		20:00	22:00	2		1	印	印	
29	金	7:00	9:00	2		7:00	9:00	2		1	印	印	
		11:00	13:00	2	2	11:00	13:00	2	2	1	印	印	
		21:00	23:00	2		21:00	23:00	2		1	印	印	
重度訪問介護計画及びサービス提供時間の時間数 時間数 全体の時間数 移動 全体の時間数のうち、移動介護を行う時間数													
移動介護分				26				26					
合計				78				78					



# 介護給付費・訓練等給付費等請求書

請求日付は翌月の1日以降とする。

平成 18 年 12 月 10 日

平成18年10月より同一事業所番号で1つの請求書となる。(障害別、サービス別ではない)

( あて先 )

千葉市長

下記のとおり請求します。

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

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・電話番号・名称  
事業者の住所・電話番号・名称(一般に法人所在地、法人名等)  
職・氏名  
代表者の職・氏名を記載し、押印。  
法人名以外で請求を行うことも、委任状(請求の委任)を提出することで可能。また、法人の代表者以外の名義の口座に支払いを行う場合も委任状(受領の委任)が必要。

平成 1 8 年 1 1 月分

請求金額 ¥ 2 7 5 3 5 9

区分	件数	単位数	費用合計	市町村請求額	利用者負担額	社福軽減額	自治体助成分
介護給付費	施設入所支援	1	9,030	93,912	93,912	0	0
	生活介護	1	9,804	101,569	101,569	0	0
	就労継続支援B型	1	4,290	44,358	44,358	0	0
訓練等給付							
小計	3	23,124	239,839	239,839	0	0	
特定障害者特別給付費	1		35,520	35,520			
合計	3	23,124	275,359	275,359	0	0	



平成18年 11月分

施設入所支援提供実績記録票

事例16をもとに作成

受給者証番号	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	XX XX	事業所番号	X X X X X X X X X X X X X X
補足給付適用の有無	2	補足給付額(月額)	1,184円/日	事業者及びその事業所	XXXXXXXXXXXX

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	光熱水費の単価							
						朝食	昼食	夕食			一日	一月	円/日
						円/日	円/日	円/日			円/日	円/日	円/日
1	水				1	1	1	1	1	印	1 補足給付の適用の有無 適用がない場合は「1」適用がある場合は「2」と記載。 2 サービス提供の状況欄 入院又は外泊をした日の状況を記載。 ・入院初日、中日、最終日 「入院」 ・入院(外泊)から外泊(入院)に移行した日 「入院(外泊) 外泊(入院)」 ・外泊初日、中日、最終日 「外泊」 3 入院・外泊時加算 算定される日には「1」を記載。 4 入院時支援特別加算 算定される日には「1」を記載する。 5 実費算定額 (1)食費の単価 都道府県知事に届け出た食費の単価を記載。 (2)朝食、昼食、夕食 利用契約に従い、食事の提供を行ったときは、各食ごとに「1」を記載。 (3)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記載。 (4)光熱水費 利用契約に従い、施設が費用を徴収する日については、「1」を記載する。 6 地域移行加算 (1)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。 (2)退所日 退所した日を記載。 (3)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。 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、退所日と、退所後算定日のみ記載する。		
2	木				1	1	1	1	1	印			
3	金				1	1	1	1	1	印			
4	土				1	1	1	1	1	印			
5	日				1	1	1	1	1	印			
6	月				1	1	1	1	1	印			
7	火				1	1	1	1	1	印			
8	水				1	1	1	1	1	印			
9	木				1	1	1	1	1	印			
10	金				1	1	1	1	1	印			
11	土				1	1	1	1	1	印			
12	日				1	1	1	1	1	印			
13	月				1	1	1	1	1	印			
14	火				1	1	1	1	1	印			
15	水				1	1	1	1	1	印			
16	木				1	1	1	1	1	印			
17	金				1	1	1	1	1	印			
18	土				1	1	1	1	1	印			
19	日				1	1	1	1	1	印			
20	月				1	1	1	1	1	印			
21	火				1	1	1	1	1	印			
22	水				1	1	1	1	1	印			
23	木				1	1	1	1	1	印			
24	金				1	1	1	1	1	印			
25	土				1	1	1	1	1	印			
26	日				1	1	1	1	1	印			
27	月				1	1	1	1	1	印			
28	火				1	1	1	1	1	印			
29	水				1	1	1	1	1	印			
30	木				1	1	1	1	1	印			
31													
合計					30回	30回	30回	30回					
					各小計	46,620円		9,900円					
					実費合計額			56,520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
--------	--------	-------	-----	-------	--------	-------



平成 18年 11月分

就労継続支援実績記録票

事例16をもとに作成

受給者証番号 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) x x x x	事業所番号 x x x x x x x x x x
契約支給量 就労継続支援B型 10日/月	事業者及びその事業所 XXXXXXXXXXXXXX	

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		
2	木	9:00	16:00				印	<p>1 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 訪問支援特別加算を行った場合は、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</p> <p>2 訪問支援加算 支援に要した時間を記載。</p> <p>3 食事提供体制加算 算定対象となる低所得者に対して食事を提供したときは、「1」を記載する。</p> <p>4 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。 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。</p> <p>5 初期加算 (1) 利用開始日 サービス利用を開始した日を記載。 (2) 30日目 利用開始日から起算して、30日目となる日を記載 (3) 当月算定日数 算定日数(初期加算の算定可能時間のうち本体報酬が算定される日数)を記載。</p>
3	金	9:00	16:00				印	
9	木	9:00	16:00				印	
10	金	9:00	16:00				印	
16	木	9:00	16:00				印	
17	金	9:00	16:00				印	
23	木	9:00	16:00				印	
24	金	9:00	16:00				印	
29	水	9:00	16:00				印	
30	木	9:00	16:00				印	
合計				回	回	施設外支援	当月 日 累計 日/180日	

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

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 X X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 8 6 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 1

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

サービス種別 8 3 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 利用日数 2 3 入院日数 8

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
旧身入療養3A 8 3 1 1 3 1 1 4 3 1 2 3 3 2 9 1 3
旧身入療養遷延性意識加算 8 3 5 5 4 0 3 1 2 3 7 1 3
旧身入療養看護師加算 8 3 5 5 7 0 2 5 8 2 3 5 9 3 4
旧身入療養激変緩和加算 8 3 5 9 9 0 1 2 2 3 2 7 6
旧身入療養入院外泊時加算5 8 3 5 7 1 4 3 2 0 6 1 9 2 0
旧身入療養入院支援特別加算1 8 3 5 6 6 0 5 6 1 1 5 6 1

事例22
1 利用者負担関係
所得区分 個別減免
2 提供サービス
旧身障療養入所 23日、入院5日、外泊3日
【内地以外:遷延性意識障害者加算】
【激変緩和加算あり】

サービス種類コード 8 3 旧身体入所療養 8 3 旧身体入所療養 8 3 旧身体入所療養
サービス利用日数 2 3 日 2 3 日 2 3 日
給付単位数 4 1 3 2 8 7 1 3 2 7 6
単位数単価 1 0 4 0 円/単位 1 0 0 0 円/単位 1 0 4 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 1 0 0 / 100
総費用額 4 2 9 8 1 1 7 1 3 0 2 8 7 0
給付率に基づく請求額 3 8 6 8 2 9 6 4 1 7 2 8 7 0
利用者負担額 4 2 9 8 2 7 1 3 0
上限月額調整(の内少ない数) 8 6 0 0 7 1 3 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額 8 6 0 0 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 4 2 1 2 1 1 7 1 3 0 2 8 7 0
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 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額
枚中 枚目

【請求額集計欄】
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位と同様)とする。
内地以外に存在する旧身体障害者療養施設において、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(ALS加算)は、単位数単価が10円となり、本体報酬とは異なることから、欄を分けて集計する。
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、請求上は単位数を90/100とし、給付率を100/100として処理する。このため、これについても本体報酬とは分けて集計する。

平成 18年 10月分

旧法施設支援(入所)提供実績記録票

事例22をもとに作成

受給者証番号	X X X X X X X X X X X X X X	支給決定障害者等氏名	XX XX	事業所番号	X X X X X X X X X X X X
補足給付適用の有無	1	補足給付額(日額)	円/日	事業者及びその事業所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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	自活訓練加算	食費の単価	朝食	昼食	夕食		
1	日					1	1	1	1		1 補足給付の適用の有無 適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載。 2 サービス提供の状況欄 入院又は外泊をした日の状況を記載。 ・入院初日、中日、最終日 「入院」 ・入院(外泊)から外泊(入院)に移行した日 「入院(外泊) 外泊(入院)」 ・外泊初日、中日、最終日 「外泊」 3 入院・外泊時加算 算定される日には「1」を記載。 4 入院時支援特別加算 算定される日に「1」を記載する。 5 自活訓練加算 算定される日には「1」を記載する。 6 実費算定額 (1)食費の単価 都道府県知事に届け出た食費の単価を記載。 (2)朝食、昼食、夕食 利用契約に従い、食事の提供を行ったときは、各食ごとに「1」を記載。 (3)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記載。 (4)光熱水費 利用契約に従い、施設が費用を徴収する日については、「1」を記載する。 7 入所時支援加算 (1)利用開始日 サービス利用を開始した日を記載。 (2)30日目 利用開始日から起算して、30日目となる日を記載。 (3)当月算定日数 算定日数(初期加算の算定可能時間のうち本体報酬が算定される日数)を記載。 8 退所時支援加算 (1)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。 (2)退所日 退所した日を記載。 (3)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。 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、基本情報と退所日と、退所後算定日のみ記載する。
2	月					1	1	1	1		
3	火					1	1	1	1		
4	水	外泊				1	1	1	1		
5	木	外泊	1						1		
6	金	外泊	1						1		
7	土	外泊	1						1		
8	日	外泊				1	1	1	1		
9	月					1	1	1	1		
10	火	入院				1	1	1	1		
11	水	入院	1						1		
12	木	入院	1						1		
13	金	入院	1						1		
14	土	入院		1					1		
15	日	入院							1		
16	月	入院				1	1	1	1		
17	火					1	1	1	1		
18	水					1	1	1	1		
19	木					1	1	1	1		
20	金					1	1	1	1		
21	土					1	1	1	1		
22	日					1	1	1	1		
23	月					1	1	1	1		
24	火					1	1	1	1		
25	水					1	1	1	1		
26	木					1	1	1	1		
27	金					1	1	1	1		
28	土					1	1	1	1		
29	日					1	1	1	1		
30	月					1	1	1	1		
31	火					1	1	1	1		
合計			6回	1回	回	23回	23回	23回			
						各小計	36,294円		10,000円		
						実費合計額			46,294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	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

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 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名 YY YY

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 2 4 6 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額管理事業所 指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X 管理結果 2 管理結果額 7 1 3 0
事業所名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

サービス種別 2 3 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 利用日数 1 3 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
児童デイ 1 2 3 1 2 1 1 4 0 7 1 3 5 2 9 1
児デイ家庭連携加算1 2 3 5 6 1 0 1 8 7 1 1 8 7
児デイ送迎加算 2 3 5 0 8 0 5 4 2 6 1 4 0 4
事例10を加工(児童デイ 2 児童デイ 1)
1 利用者負担関係
所得区分 低所得2
社会福祉軽減措置対象者
上限額管理対象者
2 提供サービス【上限額管理事業所】
児童デイサービス 13日

サービス種類コード 2 3 児童デイ
サービス利用日数 1 3 日
給付単位数 6 8 8 2
単位数単価 1 0 3 6 円/単位
給付率 9 0 / 100
総費用額 7 1 2 9 7
請求額集計欄
給付率に基づく 請求額 6 4 1 6 7
利用者負担額 7 1 3 0
上限月額調整( の内少ない)数 7 1 3 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額 7 1 3 0
市町村請求額 6 4 1 6 7
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 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目



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 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月分

受給者証番号
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号
事業者及びその事業所の名称
地域区分 甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 2 4 6 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

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 XXXXXXXX
管理結果 3 管理結果額 2 0 3 0 5

サービス種別
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
利用日数 5 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
身体深夜1.0
生活介護 2
生介新事業移行時特別加算
生介初期加算
生活介護 2 定超
生介利用者負担上限額管理加算
短期入所 4

事例26より作成
1 利用者負担関係
所得区分 低所得2
社会福祉法人減免対象者
上限額管理対象者
2 提供サービス【上限額管理事業所】
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
居宅介護 5日
生活介護 21日
短期入所 15日

サービス種類コード
サービス利用日数
給付単位数
単位数単価
給付率
総費用額
請求額
利用者負担額
上限月額調整
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額
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 市町村請求額 実費算定額
境界層食費免除額
枚中 枚目

平成18年10月分

生活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	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	XX XX	事業所番号	x x 1 x x x x x x x
契約支給量	23日/月			事業者及びその事業所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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	9:00	16:00			印	
3	火	9:00	16:00			印	
4	水	9:00	16:00			印	
5	木	9:00	16:00			印	
6	金	9:00	16:00			印	
9	月	9:00	16:00			印	
10	火	9:00	16:00			印	
11	水	9:00	16:00			印	
12	木	9:00	16:00			印	
13	金	9:00	16:00			印	
16	月	9:00	16:00			印	
17	火	9:00	16:00			印	
18	水	9:00	16:00			印	
19	木	9:00	16:00			印	
20	金	9:00	16:00			印	
23	月	9:00	16:00			印	
24	火	9:00	16:00			印	
25	水	9:00	16:00			印	
26	木	9:00	16:00			印	
27	金	9:00	16:00			印	
30	月	9:00	16:00			印	
合計				回	回		

初期加算	利用開始日	18年10月 1日	30日目	18年10月30日	当月算定日数	21 日
------	-------	-----------	------	-----------	--------	------

1 枚中 1 枚

平成18年10月分

居宅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	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	XX XX	事業所番号	x x 1 x x x x x x x
契約支給量	身体介護 15時間/月			事業者及びその事業所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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	日	身体	22:00	23:00	1		22:00	23:00	1		1	印	印	
2	月	身体	22:00	23:00	1		22:00	23:00	1		1	印	印	
3	火	身体	22:00	23:00	1		22:00	23:00	1		1	印	印	
4	水	身体	22:00	23:00	1		22:00	23:00	1		1	印	印	
5	木	身体	22:00	23:00	1		22:00	23:00	1		1	印	印	

以下のとおり略記可能です。  
 「身体」 「1」、  
 「通院(伴う)」 「2」、  
 「家事」 「3」、  
 「通院(伴わず)」 「4」、  
 「乗降」 「5」

なお、減算対象となる従業者の提供による場合は、当欄に「(3級)」、「(重訪)」等と併記してください。

事務処理要領176ページ

「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。」

事務処理要領176ページ

「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。」

事務処理要領175ページ

	計画 時間数計	内訳(適用単価別)				算定 時間数計
		100%	90%	70%	重訪	
居宅における身体介護	5	5				5
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						
合計						

平成18年10月分

短期入所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	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) XX XX	事業所番号 x x 1 x x x x x x x
契約支給量 15日/月	事業者及びその事業所 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

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				
15	日	29	日	15	0	印	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>「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。」</p> <p>事務処理要領175ページ</p> </div>
合計				15日	0回		

(様式第一)

# 介護給付費・訓練等給付費等請求書 **事例30を加工**

平成 19 年 2 月 10 日

( 請 求 先 )

千葉市長

請求事業者	指定事業所番号	X X 1 X X X X X X X
	住所 (所在地)	〒 260 - XXXX 千葉市中央区XXX - X - X
	電話番号	043 - XXX - XXXX
	名称	株式会社 XXXX
	職・氏名	代表取締役 XX XX

下記のとおり請求します。

平成	1	9	年		1	月分
----	---	---	---	--	---	----

請求金額			百万	¥	6	千	7	百	5	円	4
------	--	--	----	---	---	---	---	---	---	---	---

区 分	件数	単位数	費用合計	市町村 請求額	利用者 負担額	社会福祉法人等 軽減額	自治体 助成分	
介護給付費	共同生活介護	1	5,136	53,876	48,488	5,388	0	0
訓練等給付費	共同生活援助	1	1,872	19,618	19,166	452	0	0
小 計	2	7,008	73,494	67,654	5,840	0	0	
特定障害者特別給付費								
合 計	2	7,008	73,494	67,654	5,840	0	0	

(様式第三)

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)

事例30を加工

市町村番号	x	x	x	x	x	x
助成自治体番号						

平成 1 9 年 0 1 月 分

受給者証番号	x	x	x	x	x	x	x	x	x
支給決定障害者等氏名	xx xxx								
支給決定に係る障害児氏名									

指定事業所番号	x	x	2	x	x	x	x	x	x	x	x
事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										
地域区分	甲地										

利用者負担上限月額 5 8 4 0

障害程度区分 2

利用者負担上限額	指定事業所番号	x	x	2	x	x	x	x	x	x	x
管理事業所	事業所名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
管理結果	1	管理結果額	5 8 4 0								

サービス種類	3 1	開始年月日	平成 1 9 年 0 1 月 1 日	終了年月日	平成 1 9 年 0 1 月 1 日	入院日数	0	外泊日数	4
	3 3	開始年月日	平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日	終了年月日	平成 1 9 年 0 1 月 1 0 日	入院日数	0	外泊日数	1

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
共同生活2	3 1 1 1 5 1	2 1 0	1 7	3 5 7 0	平成19年1月11日より
共生夜間支援体制加算3	3 1 5 6 2 2	2 4	1 5	3 6 0	
共生小規模事業加算1	3 1 5 6 8 0	3 7	1 7	6 2 9	
共生小規模夜間支援体制加算3	3 1 5 1 2 2	2 6	1 5	3 9 0	
共生帰宅時支援加算1	3 1 5 6 7 0	1 8	7 1	1 8 7	
生活援助	3 3 1 1 1 1	1 7	1 9	1 5 3 9	平成19年1月10日まで
生援小規模事業加算1	3 3 5 6 8 0	3 7	9	3 3 3	

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

サービス種類コード	3 1	共同生活介護	3 3	共同生活援助	合計
サービス利用日数	1 7 日		9 日		
給付単位数	5 1 3 6		1 8 7 2		7 0 0 8
単位数単価	1 0 4 9 円/単位		1 0 4 8 円/単位		
給付率	9 0 / 100		9 0 / 100		
総費用額	5 3 8 7 6		1 9 6 1 8		7 3 4 9 4
給付率に基づく請求額	4 8 4 8 8		1 7 6 5 6		
利用者負担額	5 3 8 8		1 9 6 2		
上限月額調整の内少ない数	5 3 8 8		1 9 6 2		7 3 5 0
調整後利用者負担額	5 3 8 8		4 5 2		5 8 4 0
上限額管理後利用者負担額	5 3 8 8		4 5 2		5 8 4 0
市町村請求額	4 8 4 8 8		1 9 1 6 6		6 7 6 5 4
自治体助成分請求額					

1 利用者負担関係  
所得区分 個別減免  
上限額管理対象者

2 提供サービス【上限額管理事業所】  
共同生活介護 17日  
共同生活援助 9日

3 平成19年1月11日より  
共同生活介護の申請に伴い  
障害程度区分が区分1から区分2に変更

(小規模事業)夜間支援体制加算、小規模事業加算、重度障害者支援加算、自立生活支援加算及び各種減算については、別途千葉県への届出が必要。

共同生活援助の利用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。

外泊した日数を記載する。また、外泊の初日及び最終日は含まない。(入院に関しても同様。)  
日数は共同生活援助と共同生活介護の合算(この例では5日)

月の途中で障害程度区分が変更された場合は、月の末日における障害程度区分を記載し、期日を摘要欄に記載する。

日中介護等支援加算を算定する場合は、利用している日中活動系サービス事業所の番号、名称及び通所日数を記載する。

共同生活介護と共同生活援助では単位数単価が異なる。

平成19年1月分

共同生活援助サービス実績記録票

事例30を加工

受給者証番号	x x x x x x x x x x	支給決定障害者等氏名	xx xxx	事業者番号	x
				事業者及びその事業所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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	入院時支援特別加算	帰宅時支援加算	自立生活支援加算			
1	月					印		
2	火					印	別途県への届出が必要。本市への報告方法は後日提示予定。	
3	水					印		
4	木					印		
5	金					印		
6	土	外泊				印	個別支援計画に基づき、3日以上家族等の居宅で外泊した場合に月1回に限り算定。(外泊の初日及び最終日を除く) 実績記録表には外泊日に「1」を記入する。 合計が3日以上7日未満 : 187単位 合計が7日以上 : 374単位 共同生活援助 共同生活介護へ移行した場合でも回数は合算する。この例では合計5日。(共同生活援助1日、共同生活介護4日)(入院時支援加算も同様)	
7	日	外泊		1		印		
8	月	外泊				印		
9	火					印		外泊の初日、中日、共同生活住居に戻った日に「外泊」と記入。「中日」以外は算定可。この例では7日以外は算定可能。 (「入院」についても同様。)
10	水					印		
11	木							
12	金						家族等から、入院に係る支援を受けることが困難で、施設職員が家族等に代わって入院期間中の支援を行う必要があり、本人又は保護者の同意の下、個別支援計画に基づき、入院期間中、入院先を訪問し、入院先との調整、被服等の準備その他の支援を行った場合に月1回に限り算定。(入院の初日及び最終日を除く。) 実績記録表には対象となる日に「1」を記入する。 合計が3日以上7日未満 : 561単位 合計が7日以上 : 1122単位	
13	土							
14	日							
15	月							
16	火							
17	水							
18	木							
19	金							
20	土							
21	日							
22	月							
23	火							
24	水							
25	木							
26	金							
27	土							
28	日							
29	月							
30	火							
31	水							
合計			回	1回		回		

平成19年1月分

共同生活介護サービス実績記録票

事例30を加工

受給者証番号	x x x x x x x x x x	支給決定障害者等氏名	xx xxx	事業所番号	x x z x x x x x x x
				事業者及びその事業所	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

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								
2	火								
3	水								
4	木								
5	金								
6	土								
7	日								
8	月								
9	火								
10	水								
11	木		1				印		
12	金	外泊					印		
13	土	外泊			1		印		
14	日	外泊			1		印		
15	月	外泊	1				印		
16	火		1				印		
17	水		1				印		
18	木		1				印		
19	金		1				印		
20	土		1				印		
21	日		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		
28	日	外泊			1		印		
29	月	外泊	1				印		
30	火		1				印		
31	水		1				印		
合計			15回	回	4回	回	回	回	

別途県への届出が必要。  
 夜間及び深夜の時間帯において世話人又は生活支援員等が支援を行った場合に算定。また、小規模事業夜間支援体制加算もこの回数に連動する。  
 実績記録表には対象となる日に「1」を記入。  
 合計の回数を明細書に記載する。この例では15回（小規模事業夜間支援体制加算15回）。

障害程度区分4以上の利用者について、日中活動サービスの支給決定を受けているが、心身の状況等により利用できない期間が月3日以上ある場合であつて、当該利用者に対して昼間における介護等の支援を行った場合に算定。（3日目から算定。）  
 実績記録表には対象となる日に「1」を記入。  
 明細書に合計の回数を記載し、日中介護等支援加算欄に日中活動サービス事業所の名称及び通所日数を記載する。

平成18年10月からの利用者負担の上限額管理方法について

## 利用者負担の上限額管理事務

### 利用者負担の上限額管理とは…

自立支援法の障害福祉サービスにかかる利用者負担については、利用者の負担の軽減を図る観点から支給決定障害者等の所得等の状況に応じて負担上限月額を設けることとしており、支給決定障害者等は、当該負担上限月額を超えて利用者負担を支払う必要がないこととされている。

これに伴い、支給決定障害者等のうち一月あたりの利用者負担額が負担上限月額を超過することが予測される者については、当該支給決定障害者等の利用者負担の上限額の管理が必要になるものである。

18年10月以降は、請求明細書が事業所番号単位で作成されることから

#### 複数サービスを同一事業所番号で括られた事業所のみから利用した場合

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！

支給決定障害者等が複数事業所からサービス提供を受けても、同一事業所番号で括られた事業所のみからの提供の場合、請求明細書の作成段階で、負担上限月額を超えない処理がなされる。そのため、上限額管理事務は不要となる。

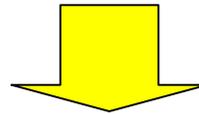
#### 利用者負担上限額の管理が必要な場合

上限額管理が必要となるのは、異なる事業所番号の事業所からサービス提供を受け、かつ、各事業所番号単位での利用者負担額の合算額が負担上限月額を超過したときとなる。

# 上限額管理事務の見直しについて

## 現行

原則として、日々の利用者負担額をサービス提供順に並べ替え、負担上限月額に到達するまで各々のサービス事業者が利用者負担額を徴収する。



## 10月以降

あらかじめ、提供するサービスの種類によって利用者負担額を徴収する優先順位を定め、優先順位の高いサービス事業者から順に、負担上限月額に到達するまで利用者負担額を徴収する。

### 利用者負担を徴収するサービスの順序

《同順位で上限額管理者となるものとする》

提供されるサービス量(標準的な報酬額の多寡)、生活面を含めた利用者との関係性(利用者負担を徴収する便宜)、サービス管理責任者の配置の有無や事務処理体制等を総合的に勘案し、以下の順序とする。

居住系サービス      日中活動系サービス      訪問系サービス      短期入所サービス

同順位に複数の事業者がある場合は、原則として契約量の多い事業者を優先する。

指定相談支援事業者がサービス利用計画を作成する場合は、の次に上限額管理者となる。

# 18年10月以降の利用者負担に係る上限額管理事務について

## 1 利用者負担上限額管理対象者

市町村が支給決定時に定率負担が利用者負担上限月額(以下「負担上限月額」という。)を超える可能性がある者と認定した者。【利用先事業所が同一事業所番号のみ等の把握は不要】

市町村は上限額管理対象者と認定した際には、障害福祉サービス受給者証6ページ「利用者負担上限額管理対象者」欄に「該当」と記載すること。

## 2 利用者負担の上限額管理が必要となる者

上限額管理対象者のうち、

施設入所支援、ケアホーム、グループホーム、知的障害者通勤寮等の居住系サービス利用者で、他の福祉サービス(日中系、訪問系サービス等(事業所番号が異なる場合に限り。))を利用する者

在宅のサービス利用者で複数のサービス事業所(事業所番号が異なる場合に限り。)からのサービスを利用する者

## 3 利用者負担の上限額管理者

管理者となる事業所は、居住系、日中系、訪問系の事業所の順とする。【詳細は次ページ参照】

管理者となったものは、市町村にその旨を届け出ること。

市町村は、届け出のあった管理者名を障害福祉サービス受給者証「利用者負担額上限額管理事業所名」欄に記載すること。

## 18年10月以降の利用者負担の上限額管理者について

利用者負担の上限額管理者は、提供されるサービス量(標準的な報酬額の多寡)、生活面を含めた利用者との関係性(利用者負担を徴収する便宜)、サービス管理責任者の配置の有無や事務処理体制等を総合的に勘案し、以下の順序とする。

### 1 居住系サービス利用者

障害者支援施設(施設入所支援)、指定旧法施設(入所)、ケアホーム、グループホームが管理を行う。

### 2 サービス利用計画作成費支給対象者 (1を除く)

指定相談支援事業所が管理を行う。

### 3 日中系サービス利用者 (1、2を除く)

生活介護事業所、自立訓練事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、児童デイサービス事業所、旧法通所施設が管理を行う。複数存在する際には、原則、契約日数の多い事業所とする。

### 4 訪問系サービス利用者 (1～3を除く)

事業所間の優先順位は下記のとおりとするが、複数存在する際には、原則、契約時間の多い事業所とする。

対象者に同一事業所番号で複数の訪問系サービスを提供する事業所

重度訪問介護事業所

居宅介護事業所

行動援護事業所

### 5 短期入所サービス利用者 (1～4を除く)

短期入所サービスのみの利用者で、上限額管理が必要な時は、当該月の最終利用事業所が管理を行う。

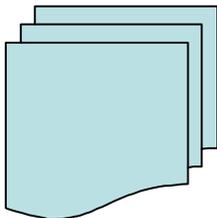
重度障害者等包括支援、療養介護の利用者については、一の事業所からのサービス利用となるため、上限額管理を要しない。【月の中途の利用開始、終了の場合を除く】

## 上限額管理事務(利用者負担上限額管理結果票の作成)の流れ

- 1 サービス事業者は、毎月3日までに、事業所番号単位で利用者負担額を算出して、上限額管理者に「利用者負担一覧表」を提供する。
- 2 上限額管理者は、提出された「利用者負担一覧表」より、「利用者負担上限額管理結果票」を作成する。
- 3 上限額管理者は、「利用者負担上限額管理結果票」を作成し、内容の確認を上限額管理対象者に求める。
- 4 上限額管理者は、毎月6日までに各事業所に「利用者負担上限額管理結果票」を送付する。
- 5 上限額管理者は、上限額管理対象者の明細書に、実績記録票 利用者負担上限額管理結果票を添付する。
- 6 利用者負担上限額管理結果票を受け取った事業所は、上限額管理対象者の明細書に、実績記録票 利用者負担上限額管理結果票を添付する。

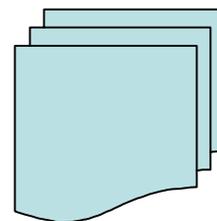
### 介護給付費等の請求の際に明細書に添付するもの

#### 上限額管理者



- 1 実績記録票 (上限額管理の有無に関わらず必須)
- 2 利用者負担上限額管理結果票

#### 他のサービス事業所(利用者負担上限額管理結果票を受け取った事業所)



- 1 実績記録票 (上限額管理の有無に関わらず必須)
- 2 利用者負担上限額管理結果票

# 利用者負担額一覧表の記載における留意点

**利用者負担額一覧表**

平成 年 月 日

(提供先)

事業所番号  
 住所(所在地)  
 電話番号  
 名称

下記のとおりに提供します。

平成 年 月 日

市町村番号		総費用額		利用者負担額		社福軽減額		提供サービス	
受給者番号									
氏名									

従来の方式では、実績記録票を上限額管理者に提供していたが、今後は、事業所番号単位で利用者(上限額管理対象者)の上限額管理者ごとに本様式を作成して、サービス提供月の翌月3日を目途に上限額管理者に本様式を提供する。

名称は、主たる事業所の名称として届け出た名称を使用する。

情報提供を行う、上限額管理事業所名を記載する。

当該上限額管理者へ情報提供する上限額管理対象者情報を記載する。

提供すべき内容は、明細書単位で調整済み(合計額記載)の「総費用額」「利用者負担額」「社福軽減額」を記載する。  
 「利用者負担額」欄には、「上限月額調整」、「社福軽減後利用者負担額」又は「調整後利用者負担額」欄の合計額に記載された額を記載する。

「提供サービス」欄に、明細書請求額集計欄の「サービス種別」欄に記載されたサービス番号及び名称を記載する。

# 利用者負担額上限額管理結果票の記載における留意点

利用者負担上限額管理結果票

平成 年 月 日

市町村番号		指定事業所番号					
受給者証番号		管理 事業所 事業所及び その事業所 の名称					
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		社福法人等軽減対象者					

利用者負担上限額管理結果

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。  
 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・調整欄	項番	1	事業所番号	管理事業所				
	事業所名称							
	総費用額							
	利用者負担額							
	社福軽減額							
	利用者負担額							
	社福軽減額							
	介護給付費等							
	合計							
	管理結果							

上記内容について確認しました

平成 年 月 日

支給決定障害者等氏名

**上限額管理者が、上限額管理事務に際して作成する様式。本様式が市町村及び他の事業所へ提供される。**

該当する結果内容を番号で記載する。【必須】

- 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。

上限額管理対象者へサービス提供した事業所名を記載する。【必須】事業所番号単位で下記の順で左欄より記載する。  
 【本順序は、上限額管理者となる優先順序と同様】  
 上限額管理事業所【相談支援事業所の場合は、以降の順で記載】  
 日中系サービスを提供した事業所  
 訪問系サービスを提供した事業所  
 短期入所サービス事業所

管理結果が「2」又は「3」のとき、各事業所より「利用者負担額一覧表」で提供された「総費用額」、「利用者負担額」、「社福軽減額」を記載する。

管理結果が「3」のとき、利用者負担額の合算が負担上限月額を超過しているため、上限額管理を実施した結果を本欄に記載する。

**管理結果が「1」「2」のときは、上限額管理加算の対象とはならない。**

作成後、対象者より確認を受ける【必須】。

# 「利用者負担額集計・調整欄」の記載方法

## 1 管理事業所で利用者負担上限月額に到達し、他事業所へは利用者負担額が生じない例

管理事業所において、請求明細書単位で利用者負担額を算出した結果、当該事業所での利用者負担額により負担上限月額に到達した場合には、管理事業所が提供したサービスについてのみ利用者負担額が生じ、他の事業所が提供したサービスについては、利用者負担額は生じない。

### 他事業所より提供された「利用者負担一覧表」 他事業者が1事業所の例

総費用額	2	4	5	3	1	6	提供サービス	1	1	居宅介護
利用者負担額		2	4	5	3	3		1	3	行動援護
社福軽減額										

他事業所は、利用者負担一覧表を定期的に管理事業所へ送付

### 利用者負担額集計・調整欄

低所得2の例

項番	1						2				合計					
事業所番号	管理事業所						123456789cd									
事業所名称	A施設						B事業所									
総費用額	2	7	7	6	4	0					2	7	7	6	4	0
利用者負担額		2	4	6	0	0						2	4	6	0	0
社福軽減額																
管理結果	利用者負担額															
	社福軽減額															
	介護給付費等															

負担上限月額「24,600円」に対して、管理事業所の利用者負担額が「24,600円」であり、負担上限月額に到達しているため、他事業所については、利用者負担額が生じない。

この場合、管理結果を「1」として、

利用者負担上限額管理結果 1

提供された利用者負担一覧表より、「事業所番号」「事業所名称」を記載する。

その他、必要事項を記載して、利用者に確認を求めて、該事業所へ結果票を提供する。

「1」のときは、上限額管理加算の対象とはならない。

## 2 利用者負担額の合算額が、利用者負担上限月額以下のため、調整事務を必要としない例

管理事業所での利用者負担額と他事業所での利用者負担額を合算した結果、負担上限月額に到達しなかった場合、利用者負担額の調整事務は不要。【合算額と負担上限月額が同額の場合も同様】

### 他事業所より提供された「利用者負担一覧表」

総費用額	2	4	5	3	1	6	提供サービス	1	1	居宅介護
利用者負担額	1	2	3	0	0	1		3	行動援護	
社福軽減額	1	2	2	3	3					

上限額管理事務は、利用者負担額の調整のみを行う。  
【社福軽減額については調整を要しない。】

### 利用者負担額集計・調整欄

低所得2 社福軽減対象者の例

項番	1						2						合計								
事業所番号	管理事業所						123456789cd														
事業所名称	A施設						B事業所														
総費用額	2	7	7	6	4	0	2	4	5	3	1	6	5	2	2	9	5	6			
利用者負担額			7	5	0	0	1	2	3	0	0	1	9	8	0	0					
社福軽減額		1	7	1	0	0	1	2	2	3	3	2	9	3	3	3					
管理結果	利用者負担額																				
	社福軽減額																				
	介護給付費等																				

提供された利用者負担一覧表より、  
「事業所番号」  
「事業所名称」  
「総費用額」  
「利用者負担額」  
「社福軽減額」 を記載する。

負担上限月額「24,600円」に対して、  
利用者負担額の合算額が「19,800円」であり、  
負担上限月額に到達していないため、  
利用者負担額の調整事務は不要。

この場合、管理結果を「2」として、

利用者負担上限額管理結果	2
--------------	---

その他、必要事項を記載して、利用者に確認を求めて、  
該当事業所へ結果票を提供する。

「2」のときは、上限額管理加算の対象とはならない。

### 3 利用者負担額の合算額が、利用者負担上限月額を超過するため、調整事務が必要となる例

管理事業所での利用者負担額と他事業所での利用者負担額を合算した結果、負担上限月額を超過した場合、利用者負担額の調整事務が必要となる。

他事業所(社福軽減未実施)より提供された「利用者負担一覧表」

総費用額	2	4	5	3	1	6	提供サービス	1	1	居宅介護
利用者負担額		1	5	0	0	0		1	3	行動援護
社福軽減額										

利用者負担額の合算額が負担上限月額を超過し、上限額管理を行う場合、管理事業所は「利用者負担額上限額管理加算」を計上し、加算を反映させた総費用額等で調整事務を行う。

上限額管理加算の報酬算定ができる事業の事業所のみ

### 利用者負担額集計・調整欄

低所得1 社福軽減対象者の例

上限額管理加算を反映した額

項番	1						2						合計						
事業所番号	管理事業所						123456789cd												
事業所名称	A施設						B事業所												
総費用額	2	7	9	1	4	0	2	4	5	3	1	6	5	2	4	4	5	6	
利用者負担額				7	5	0	0	1	5	0	0	0	2	2	5	0	0		
社福軽減額				7	5	0	0							7	5	0	0		
利用者負担額				7	5	0	0				7	5	0	0	1	5	0	0	0
社福軽減額				7	5	0	0								7	5	0	0	
介護給付費等	2	6	4	1	4	0	2	3	7	8	1	6	5	0	1	9	5	6	

負担上限月額「15,000円」に対して、利用者負担額の合算額が「22,500円」であり、負担上限月額を超過しているため、利用者負担額の調整事務が必要となる。

利用者負担額の合算額が負担上限月額より高い時は、「管理結果」の「利用者負担額」欄を使用して、事業所番号単位で、利用者負担額の調整を行う。

「管理結果」の「利用者負担額」欄の左より、明細書同様に、利用者負担額を優先的に充当し、合計額が負担上限月額と一致することを確認する。

この場合、管理結果を「3」として、

利用者負担上限額管理結果 | 3

「介護給付費等」欄は「総費用額」から、「管理結果」の「利用者負担額」及び「社福軽減額」を控除して得た額を記載する。

その他、必要事項を記載して、利用者に確認を求めて、該当事業所へ結果票を提供する。

#### 4 他のサービス事業所が複数あるときの例

他事業所が複数ある場合には、上限額管理者の優先順序となるサービスを提供している事業所の順に管理結果票に記載していく。

##### 管理事業所以外に3事業所(事業所番号単位)からサービスを利用した例

低所得2 社福軽減対象者の例

項番	1						2						3						4						合計					
事業所番号	管理事業所						123456789cd						123456789cd						123456789cd											
事業所名称	A事業所						B事業所						C事業所						D事業所											
総費用額	2	3	0	0	0	0	2	6	9	4	0	0	1	7	1	0	0	0		4	4	5	0	0	7	1	4	9	0	0
利用者負担額	1	2	3	0	0	0	1	2	3	0	0	0	1	2	3	0	0	0		4	4	5	0	0	4	1	3	5	0	0
社福軽減額	1	0	7	0	0	0	1	2	3	0	0	0		4	8	0	0	0							2	7	8	0	0	0
管理結果	1	2	3	0	0	0	1	2	3	0	0	0						0						0	2	4	6	0	0	0
	1	0	7	0	0	0	1	2	3	0	0	0		4	8	0	0	0							2	7	8	0	0	0
	2	0	7	0	0	0	2	4	4	8	0	0	1	6	6	2	0	0		4	4	5	0	0	6	6	2	5	0	0

提供したサービス

生活介護

居宅介護

居宅介護

短期入所

行動援護

B事業所及びC事業所は、訪問系サービスを提供しているが、B事業所は同一事業所番号で複数の訪問系サービスを提供しているため、C事業所より左欄に記載する。  
C事業所がB事業所同様に行動援護も提供した際には、総費用額の多い事業所を左欄に記載する。



## 2 管理結果が「2」の場合

請求明細書の「利用者負担上限額管理事業所」欄に、「利用者負担上限額管理結果票」から管理者の「事業所番号」「名称」「管理結果番号」を転記し、「管理結果額」欄には「利用者負担額一覧表」に記載した「利用者負担額」を記載する。

総費用額	2	4	5	3	1	6	1	1	居宅介護
利用者負担額	1	2	3	0	0	1	3	行動援護	
社福軽減額	1	2	2	3	3				

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	cd	管理結果	2	管理結果額	1	2	3	0	0
	事業所名称	A 施設																	

### 請求額集計欄 低所得2 社福軽減対象者の例

サービス種類コード	1	1	居宅介護			1	3	行動援護				合計							
サービス実日数	1	5	日			1	1	日											
給付単位数		1	3	1	0	0			9	7	8	4	2	2	8	8	4		
単位数単価	1	0	7	2	円/単位		1	0	7	2	円/単位								
給付率		9	0	/100			9	0	/100										
総費用額	1	4	0	4	3	2	1	0	4	8	8	4	2	4	5	3	1	6	
給付率に基づく	請求額	1	2	6	3	8	8		9	4	3	9	5						
	利用者負担額	1	4	0	4	4	1	0	4	8	9								
上限月額調整(の内少ない数)	1	4	0	4	4	1	0	4	8	9	2	4	5	3	3				
社福軽減後利用者負担額	1	2	3	0	0	1	0	4	8	9	2	2	7	8	9				
社福軽減額			1	7	4	4						1	7	4	4				
調整後利用者負担額	1	2	3	0	0						0	1	2	3	0	0			
調整後社福軽減額			1	7	4	4	1	0	4	8	9	1	2	2	3	3			
上限額管理後利用者負担額	1	2	3	0	0						0	1	2	3	0	0			
市町村請求額	1	2	6	3	8	8		9	4	3	9	5	2	2	0	7	8	3	
助成 請求額																			
助成 請求額																			

利用者負担額一覧表作成前までの記載内容

管理結果票受領後に、記載する。  
管理結果「2」のため  
利用者負担額は「調整後利用者負担額」の合計額と一致するため、「上限額管理後利用者負担額」欄は「調整後利用者負担額」欄の額を転記する。

「市町村請求額」欄には、「総費用額」から「調整後社福軽減額」及び「上限額管理後利用者負担額」を控除して得た額を記載する。

### 3 管理結果が「3」の場合

請求明細書の「利用者負担上限額管理事業所」欄に、「利用者負担上限額管理結果票」から「事業所番号」「名称」「管理結果番号」、「管理結果」欄の「利用者負担額」を転記する。

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	cd	管理結果	3	管理結果額	7	5	0	0
	事業所名称	A 施設																

項番	2																	
事業所番号	123456789cd																	
事業所名称	B事業所																	
総費用額	2	4	5	3	1	6												
利用者負担額		1	5	0	0	0												
社福軽減額																		
利用者負担額				7	5	0	0											
社福軽減額																		
介護給付費等	2	3	7	8	1	6												

### 請求額集計欄 低所得1の例

サービス種類コード	1	1	居宅介護				1	3	行動援護				合計					
サービス実日数	1	5	日				1	1	日									
給付単位数		1	3	1	0	0			9	7	8	4	2	2	8	8	4	
単位数単価	1	0	7	2	円/単位		1	0	7	2	円/単位		/					
給付率		9	0	/100			9	0	/100									
総費用額	1	4	0	4	3	2	1	0	4	8	8	4	2	4	5	3	1	6
給付率に基づく 請求額	1	2	6	3	8	8		9	4	3	9	5	/					
利用者負担額		1	4	0	4	4		1	0	4	8	9	/					
上限月額調整(の内少ない数)	1	4	0	4	4		1	0	4	8	9	2	4	5	3	3		
社福軽減後利用者負担額																		
社福軽減額																		
調整後利用者負担額		1	4	0	4	4					9	5	6	1	5	0	0	0
調整後社福軽減額																		
上限額管理後利用者負担額			7	5	0	0						0	7	5	0	0		
市町村請求額	1	3	2	9	3	2	1	0	4	8	8	4	2	3	7	8	1	6
助成 請求額																		
助成 請求額																		

利用者負担額一覧表作成前までの記載内容

管理結果票受領後に、記載する。  
管理結果「3」のため  
「上限額管理後利用者負担額」欄の左より、利用者負担一覧表作成前と同様に、利用者負担額を優先的に充当し、合計額が管理結果額と合致することを確認する。

「市町村請求額」欄には、「総費用額」から「調整後社福軽減額」及び「上限額管理後利用者負担額」を控除して得た額を記載する。