

生活支援給付費請求書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

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

下記のとおり請求します。

		年				月分
--	--	---	--	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

区 分	件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成額
合 計						

生活支援給付費明細書

(生活サポート、移動支援、日中一時支援)

市町村(区)番号							
----------	--	--	--	--	--	--	--

				年		月分
--	--	--	--	---	--	----

利用証番号							
利用決定障がい者 等 氏 名							
利用決定に係る 障がい児氏名							

請求 事業 者	事業所番号						
	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					
-------------	--	--	--	--	--

利用者負担上限額 管理事業所	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	年	月	日	終了年月日	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

請求 額 集 計 欄	サービス種類コード	日	日	日	日	合計				
	サービス利用日数									
	給付単位数									
	単位数単価	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位					
	給付率	／100	／100	／100	／100					
	総費用額									
	給付率に 基づく	請求額	利用者負担額②							
	上限月額調整①②の内少ない数									
	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										
市町村請求額										
自治体助成分請求額										