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
		開始年月日	年	月	日	終了年月日	年	月	日	利用日数	入院日数
		開始年月日	年	月	日	終了年月日	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 | | | | | |