様式第24号（第17条関係）

地域生活支援事業給付費等明細書（定額負担）

市町村番号						
助成自治体番号						

			年			月分

受給者証番号	
支給決定障がい者等氏名	
支給決定に係る障がい児氏名	

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	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												合計
サービス種類コード												
サービス利用日数		日		日		日		日				
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)												
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												
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												

特定障がい者特別給付費	算定日額	日数	給付費請求額	実費算定額

	枚中		枚目