

【記載例】

※太枠セルが必須入力箇所です。遺漏なきようお願いします。

日中一時支援事業明細書

提供月及び請求月をご記載ください

| | |
|------|------------|
| 提供月: | 令和 3 年 3 月 |
| 請求月: | 令和 3 年 4 月 |

受給者証をご確認いただき、受給者番号（10桁）及び氏名を必ずご記載ください

| | |
|--------------------|------------|
| 受給者番号 (10桁) | 0000000011 |
| 支給決定障害者 (保護者)氏名 | 松戸 太郎 |
| 支給決定に係る 児童氏名 | - |

| | |
|----------------|------------|
| 事業所番号 (10桁) | 1212400001 |
| 事業所名 | 松戸介護事業所 |

該当サービスを提供した回数をご記載ください。
提供していない場合は何もご記載いたさないようお願いします。

付番されている事業所番号（10桁）及び事業所名を必ずご記載ください

| サービスコード | サービス内容 | 単位数 | 算定回数 | 算定単位数 | 摘要 |
|---------|----------------|-----|------|-------|----|
| | | | 8 | 2480 | |
| 1111 | 4時間未満 | 310 | | 0 | |
| 1112 | 4時間以上 8時間未満 | 460 | | | |
| 1114 | 8時間以上 | 620 | 2 | 1240 | |
| 2111 | 送迎(片道) | 54 | 20 | 1080 | |
| 給付費明細欄 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | |
|--------|-----------|------------|--|
| 請求額集計欄 | 当月給付単位数合計 | 4800 | 事業所が所在する市町村の地域区分に応じた単価を記載してください |
| | 単位数単価 | 10.61 円/単位 | 「当月給付単位数合計」に「単位数単価」を乗じて「総費用額」を算出してください（※小数点以下切り捨て） |
| | 総費用額 | 50,928 | 利用者負担上限月額がある方は「90/100」、ない方は「100/100」とご記載ください |
| | 給付率 | 90/100 | 総費用額に給付率を乗じた金額をご記載ください。利用者負担上限月額がある方で少数点以下が出る方は、小数点以下を切り捨てた金額をご記載ください。 |
| | 市町村請求額 | 45,835 | |
| | 利用者負担額 | 5,093 | 総費用額から市町村請求額をひいた金額をご記載ください |