

様式第12号（第18条第4項）

地域生活支援事業給付費請求書

八街市長 様

請求金額 _____ 円

| 年 月分 | | | |
|--------|-------|-------|----|
| 内 訳 | 請求給付名 | 明細書件数 | 金額 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | 合計 | | |

上記のとおり請求します。

年 月 日

| | | |
|----------------------------|----------------|---|
| 主 た る 事 業 所 | 八街市指定 事業所番号 | |
| | 事業所の所在地 | 〒 |
| | 電話番号 | |
| | 名称 | |
| | 代表者名 | ⑩ |

| 振込金融機関 | 口座番号 | 口座名義 |
|----------------------|-------|-------|
| 銀行・信用金庫 農業組合・信用組合 | 普通・当座 | 名義が |
| 本店・支店 本所・支所 | | 口座名義名 |

地域生活支援事業給付費明細書

（移動支援・日中一時支援・訪問入浴サービス）

年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|------------------|-------|--|--|----|-----|--|--|--|--|--|
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | |
| 障害種別 | 身・知・精 | | | 区分 | 者・児 | | | | | |
| 決定障害者 （保護者）氏名 | | | | | | | | | | |
| 支給決定に 係る児童氏名 | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------|----------------|------|
| 実施事業所 | 八街市指定 事業所番号 | |
| | 所在地 | |
| | 名称 | (担当) |

| | サービス内容 | 算定単価 | 回数 | 当月算定額 | 摘要 |
|-----------|--------|------|----|-------|----|
| 費用の 明細 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | 合 計① | | | |

| | | | |
|---------------|-------------|-------|----|
| 計算欄 利用者負担額 | 利用者負担額単価 | 当月算定額 | 摘要 |
| | 利用者負担額 | 円 | |
| | 当月利用者負担額合計② | 円 | |

| | |
|----------------|--|
| 地域生活支援事業請求額①－② | |
|----------------|--|

様式第14号（第18条第4項）

地域生活支援サービス提供実績記録票

（移動支援・日中一時支援・訪問入浴サービス）

年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----|-----------|----------|----------------|--|
| 受給者 証番号 | | | | | | | | | | 支給 決定量 | | 八街市指定 事業所番号 | |
| 決定障害者 (保護者)氏名 | | | | | | | | | | | 実施事業所の名称 | | |
| (児童氏名) | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担上限月額 | | | | | | | | 区分 | 者・児 | | | | |

| 利用日 | | サービス提供実績 | | | | | | 請求額 | 利用者 負担額 | 利用者 確認印 |
|-----|----|----------|----------|-----------|------|----|--|-----|------------|------------|
| 日付 | 曜日 | 開始 時間 | 終了 時間 | 実績 時間数 | 食事提供 | 入浴 | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | |

※訪問入浴サービスに限っては、サービス提供時における利用者本人の体調が分かるものと、入浴時の記録をモニタリングし、合わせて提出してください。