

# 記入例

## 日帰りショートステイ費明細書

受給者証番号	ひがえり○○○○○	令和	○	年	×	×	月分
支給決定障害者 (保護者)氏名	明石 五郎	事業所番号	2862099999				
支給決定に係る 児童氏名		事業者及び その事業所 の名称	特定非営利法人 明石市障害福祉センター				

費用の 額計 算欄	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要	
	障害児 1/4 日	1,500	1	1,500		
	障害児 1/2 日	3,000	2	6,000		
	障害児 3/4 日	4400	1	4,400		
	食事提供加算	420	3	1,260		
	当月費用の額合計				① 13,160	

重度 加算	加算内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
	重度加算 4 時間以下	390	1	390	
	重度加算 4 時間超え 8 時間未満	790	2	1,480	
	重度加算 8 時間超え	1,280	1	1,280	
	当月加算額合計				② 3,150

利用者 負担額 計算欄	利用者負担額の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額 (1割負担)		
	利用者負担額 (負担なし)		
	当月利用者負担額合計	③ 0	

当月移動支援費請求額 ①+②-③	16,310 円
------------------	----------

1	枚中	1	枚
---	----	---	---