

地域生活支援事業 請求書

あて先(請求先)
松本市長

請求金額の頭に"¥マーク"を記入してください。

請求金額	百万	千	円
	¥	1	6 2 1 0

※請求はサービス提供の翌月10日までに提出してください。

内 訳	令和	8	年	4	月分		
	請求費名				明細書件数	金額	
	地域活動支援センターII型				1	16,210	
	合計					16,210	

上記のとおり請求します。

請求日(提出日またはポスト投函日)を記入してください。

令和 8 年 5 月 1 日

事業所番号		2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
請求事業者	住所(所在地)	〒390-0800 松本市丸ノ内〇丁目〇番地									
	電話番号	0263-〇〇-〇〇〇〇									
	名称	松塩地区障がい者サポート施設									
	職・氏名	代表 長野 県太郎									

該当するものに〇をつけてください。口座名義人に、代表者名の記入は不要です。

金融機関名	〇〇	銀行・金庫 農協・信組	〇〇	本店・支店 支所・出張所
種別	普通当座	口座番号	1234567	
口座名義人	松塩地区障がい者サポート施設			

地域生活支援事業明細書 (地域活動支援センターⅡ型)

※明細書と実績記録票は
受給者番号順にしてください。

令和	8	年	4	月分
----	---	---	---	----

受給者 証番号	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8
支給決定障害者等氏名(児童氏名)										
松本 市郎										

事業所番号	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
事業者及びその 事業所の名称	松塩地区障がい者サポート施設									

	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
	身体・知的介護型区分3 4~6H	5,800	1	5,800	
	身体・知的介護型区分3 6H超	7,550	1	7,550	
	送迎	540	3	1,620	
	食事提供体制加算	420	2	840	
	入浴	400	1	400	
費用の額計算欄	提供単位ごとに記入してください。				
		当月費用の額合計			16,210

令和 8年 4月分

地域活動支援センター事業Ⅱ型 提供実績記録票

受給者番号								支給決定障害者等氏名(児童氏名)								事業所番号											
3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	松本 市郎								2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
サービス内容及び契約支給量																											
介護	身体・知的	精神	～	令和8年4月30日	5日/月	受給者証を確認し、それぞれの該当する項目に○をつけてください。																					
創作	区分1	区分2	区分3	食事提供体制加算	有	無	松塩地区障がい者サポート施設																				
児童	利用者自己負担上限額										円																

日付	曜日	サービス提供実績									利用者負担額	利用確認者印
		開始時間	終了時間	利用時間	4時間以下	4時間超～6時間以下	6時間超	送迎	食事	入浴		
1	水	9:00	15:00	6:00		レ		1	1			松本
8	水	8:30	16:00	7:30			レ	2	1	1		松本
算定	2	日	合計					1	1	3	2	1

利用時間を記入してください。

送迎は、片道を“1”、往復を“2”と記入してください。食事と入浴は、“1”と記入してください。

利用時間を参照し、該当する提供時間にチェックを入れてください。

利用者確認印をサービス利用日ごとに押印してください。(サインでも可)

算定日数を記入してください。

それぞれ項目の合計を記入してください。

1 枚中 1 枚目