

# 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 |   |
|      | ¥ |    | 3 | 2 | 8 | 6 | 7 |

強度以外(重心・医療ケア含む)は上記へ記入してください。

※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。

|        |            |       |        |  |  |  |  |
|--------|------------|-------|--------|--|--|--|--|
| 8      | 年          | 4     | 月分     |  |  |  |  |
| 内<br>訳 | 請求費名       | 明細書件数 | 金額     |  |  |  |  |
|        | 日中一時支援     | 1     | 6,540  |  |  |  |  |
|        | 日中一時支援(強度) | 1     | 26,327 |  |  |  |  |
|        | 合計         |       | 32,867 |  |  |  |  |

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<br>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<br>農協・信組 | 〇〇      | 本店・支店<br>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

(日中一時支援)

※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<br>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<br>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・知的区分1 4H以下    | 1,500    | 1    | 1,500 |       |
|         | 身体・知的区分1 4～8H    | 3,000    | 1    | 3,000 |       |
|         | 送迎               | 540      | 3    | 1,620 |       |
|         | 食事提供体制加算         | 420      | 1    | 420   |       |
| 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 |      |       | 6,540 |



# 地域生活支援事業明細書

(日中一時支援)

※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<br>証番号       | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 |
| 支給決定障害者等氏名(児童氏名) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 松本 次郎            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号             | 2              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 事業者及びその<br>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     |
|---------|------------------|----------|------|--------|--------|
|         | 強度行動障害(児)者 4~8H  | 9,715    | 1    | 9,715  |        |
|         | 強度行動障害(児)者 8H超   | 14,572   | 1    | 14,572 |        |
|         | 送迎               | 540      | 3    | 1,620  |        |
|         | 食事提供体制加算         | 420      | 1    | 420    |        |
| 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 |      |        | 26,327 |

令和 8 年 4 月分

日中一時支援事業提供実績記録票

|               |   |   |    |   |   |             |   |   |                  |       |  |      |  |  |                |  |  |            |   |   |   |   |   |     |   |   |          |   |
|---------------|---|---|----|---|---|-------------|---|---|------------------|-------|--|------|--|--|----------------|--|--|------------|---|---|---|---|---|-----|---|---|----------|---|
| 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 | 9                | 松本 次郎 |  |      |  |  |                |  |  |            | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5   | 6 | 7 | 8        | 9 |
| サービス内容及び契約支給量 |   |   |    |   |   |             |   |   |                  |       |  |      |  |  |                |  |  | 事業者及びその事業所 |   |   |   |   |   |     |   |   |          |   |
| 身体・知的         |   |   | 精神 |   |   | ～ 令和8年4月30日 |   |   |                  |       |  | 5日/月 |  |  | 松塩地区障がい者サポート施設 |  |  |            |   |   |   |   |   |     |   |   |          |   |
| 重心            |   |   | 強度 |   |   | 遷延性医療       |   |   | 区分1              |       |  | 区分2  |  |  |                |  |  |            |   |   |   |   |   | 区分3 |   |   | 食事提供体制加算 |   |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績 |       |      |       |            |      |   | 送迎 | 食事提供 | 摘要 | 利用者確認印 |
|----|----|----------|-------|------|-------|------------|------|---|----|------|----|--------|
|    |    | 開始時間     | 終了時間  | 利用時間 | 4時間以下 | 4時間超～8時間以下 | 8時間超 |   |    |      |    |        |
| 2  | 木  | 12:00    | 17:00 | 5:00 |       | レ          |      | 1 |    |      | 松本 |        |
| 10 | 土  | 9:00     | 17:30 | 8:30 |       |            | レ    | 2 | 1  |      | 松本 |        |
| 算定 |    | 2        | 日     | 合計   | 13:30 |            |      | 1 | 1  | 3    | 1  |        |

利用時間を記入してください。

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。

利用時間を参照し、該当する提供時間に“しるし”を入れてください。  
（“しるし”は1、レ点、○等でかまいません。）

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）

送迎は、片道は“1”、往復は“2”と記入してください。  
食事は、“1”と記入してください。

それぞれ項目の合計を記入してください。

算定日数を記入してください。

1 枚中 1 枚目