

障害児タイムケア費明細書

記入例

令和	○	○	年	×	×	月分
----	---	---	---	---	---	----

受給者証番号	タイムケア	○○○○
支給決定障害者 (保護者)氏名	明石 太郎	
支給決定に係る 児童氏名	明石 海太	

事業所番号	
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	算定単位額	算定 回数	当月算定額	摘要
	障害児タイムケア費 4時間未満	3,200	3	9,600	
	当月費用の額合計				① 9,600

加算の 額計 算欄	加算内容	算定単位額	算定 回数	当月算定額	摘要
	療育手帳A加算	2,300	3	6,900	
	加算送迎(片道)	500	6	3,000	
	当月加算の額合計				② 9,900

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)		960	
	利用者負担額(負担なし)			
	当月利用者負担額合計			③ 960

当月障害児タイムケア費請求額 ①+②-③	18,540円
----------------------	---------

1	枚中	1	枚
---	----	---	---