

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
----------------------	---------