

記入例

障害児タイムケア費明細書（身体障害児用）

令和 ○ ○ 年 × × 月分

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

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	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
	医療行為	18,000	2	36,000	
	療育加算 A	2,300	3	6,900	
	送迎加算（片道）	500	6	3,000	
	当月加算の額合計				② 45,900

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 54,540円

医療行為加算算出表

項目	医療行為（該当するものに○をすること）				個数
イ 呼吸管理		人工呼吸器		酸素療法	個
ロ 栄養管理		点滴の管理		中心静脈栄養 ○	1 個
ハ 特別な対応	○	モニター測定		じょくそう	1 個
ニ 投薬・排尿・ 排便・疼痛の 管理		カテーテル		導尿	個
		疼痛		ストーマ	
該当数					2

該当する医療行為に
○を入れてください。