

記入例

法人名	社会福祉法人●●●●
申請額	¥472,300

※黄色で着色のあるセルのみ入力ください。

※申請額を様式第 1 号に記載してください。

基準別表の介(1)～介(13)に該当する介護サービス事業所等【入所系・通所系】

事業所名	事業所番号	介護サービス事業所等の種別 (プルダウンより選択)	定員 R7.8.1現在	単価	介護報酬 (単位:円)			判定	支給額
					サービス提供 R7.4月分	サービス提供 R7.5月分	サービス提供 R7.6月分		
グループホーム ○○	2590111111	介(3) 認知症対応型共同生活介護事業所	18	6,700	4,600,000	4,700,000	4,600,000	○	¥120,600
デイサービス △△	2590222222	介(12) 地域密着型通所介護事業所	15	2,700	3,900,000	4,300,000	3,900,000	○	¥40,500
								×	¥0
								×	¥0
								×	¥0

※介(2)、介(5)は利用定員

基準別表の介(14)～介(18)に該当する介護サービス事業所等【訪問系・居宅系】

事業所名	事業所番号	介護サービス事業所等の種別 (プルダウンより選択)	単価	介護報酬 (単位:円)			判定	支給額
				サービス提供 R7.4月分	サービス提供 R7.5月分	サービス提供 R7.6月分		
ヘルパーステーション □□	2570333333	介(14) 訪問介護事業所	54,300	1,750,000	1,900,000	1,750,000	○	¥54,300
ケアプランセンター ◇◇	2570444444	介(18) 居宅介護支援事業所	54,300	2,150,000	2,150,000	2,150,000	○	¥54,300
							×	¥0
							×	¥0
							×	¥0

介護サービス事業所等小計 ¥269,700

基準別表の障(1)～障(9)に該当する障害福祉サービス事業所【入所系・通所系】

事業所名	事業所番号	障害福祉サービス事業所の種別 (プルダウンより選択)	定員 R7.8.1現在	単価	介護給付費等 (単位:円)			判定	支給額
					サービス提供 R7.4月分	サービス提供 R7.5月分	サービス提供 R7.6月分		
グループホーム AA	2510105555	障(3) 共同生活援助事業所	10	6,700	1,600,000	1,700,000	1,500,000	○	¥67,000
放課後等デイサービス BB	2510106666	障(9) 放課後等デイサービス事業所	10	2,700	1,200,000	1,500,000	900,000	○	¥27,000
								×	¥0
								×	¥0
								×	¥0

※障(4)、障(8)、障(9)を多機能型事業所としてそれぞれのサービスで定員を設けていない場合は、一体としている合計の定員

基準別表の障(10)～障(21)に該当する障害福祉サービス事業所【訪問系・相談系】

事業所名	事業所番号	障害福祉サービス事業所の種別 (プルダウンより選択)	単価	介護給付費等 (単位:円)			判定	支給額
				サービス提供 R7.4月分	サービス提供 R7.5月分	サービス提供 R7.6月分		
ケアステーション CC	2510107777	障(11) 重度訪問介護事業所	54,300	900,000	11,000,000	900,000	○	¥54,300
相談支援事業所 DD	2510108888	障(21) 障害児相談支援事業所	54,300	0	0	300,000	○	¥54,300
							×	¥0
							×	¥0
							×	¥0

※障(10)～障(13)の内、障(16)～障(18)及び障(21)の内、複数のサービスを一の事業所で提供している場合、併給は認めないため、主たる事業所のみを入力してください

障害福祉サービス事業所小計 ¥202,600