

記入例

重度障害者入院時コミュニケーション支援費明細書

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

受給者証番号	コミュ〇〇〇〇〇	事業所番号	９９９９９９９９
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	算定時間	当月算定額	摘要
	重度障害者入院時コミュニケーション支援費	3,200	20	64,000	
	当月費用の額合計				① 64,000

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)	6,400	
	利用者負担額(負担なし)		
当月利用者負担額合計		② 6,400	

当月重度障害者入院時コミュニケーション支援費請求額 ①-②	57,600円
----------------------------------	---------