

「利用者請求額及び補助申請額管理結果票」(別添4)の使い方

黄色もしくは桃色に着色されたセルに入力してください。水色のセルは自動で計算がされます。
利用負担上限月額が「0円」の方については作成不要です。

①対象児童の基本情報を入力する

「特別支援学校等の臨時休業に伴う放課後等デイサービス支援等事業」 による利用者請求額及び補助申請額管理結果票									
○市町村が行う「特別支援学校等の臨時休業に伴う放課後等デイサービス支援等事業」により、新型コロナウイルスの感染防止等の関係で、放課後等デイサービスの利用の増加や電話等による代替的な支援に係る利用者負担の一部が補助されます。 ○「利用者負担上限額管理結果票」の金額のうち、利用者から請求する額は以下の「利用者請求額」とし、「補助申請額」分は各事業所から市町村に請求することとします。									
※2		※1		令和	年	月	分		
市町村名				管理事業所番号	2	9			
受給者証番号				事業者名					
支給決定に係る障害児氏名				事業所名					
利用者負担上限月額				円					

※1 補助金算定の対象月を入力

※2 当該児童の支給決定市町村名
(プルダウンで選択してください)

②その月の利用の状況について入力する

項番	1	2	3
事業所番号	(1)		
事業所名称			
総費用額	(2)		
1割相当額	(3)		
通所報酬に係る1割相当額			
通所による支援の利用日数			
従前通所負担額			
上限管理後利用者負担額			
臨時休業による影響を蒙った利用者請求額			
補助申請額	0円	0円	0円

項番	4	5	合計
事業所番号			
事業所名称			
総費用額			0円
1割相当額			0円
通所報酬に係る1割相当額			0円
通所による支援の利用日数			0日
従前通所負担額			#DIV/0!
上限管理後利用者負担額			0円
臨時休業による影響を蒙った利用者請求額			#DIV/0!
補助申請額	0円	0円	#DIV/0!

上記内容について確認しました。
令和 年 月 日
支給決定保護者氏名

(1)事業所番号と事業所名称を入力

(2)「障害児通所給付費・入所給付費等明細書」の「請求額集計欄」に記載の総費用額及び1割相当額を入力

(3)その月の利用の内、実際に児童が事業所に通所して支援を受けた分に係る1割相当額及びその利用日数を入力

※児童が複数の事業所を利用している場合には、上限管理事業所により、全ての事業所の利用について、上記(1)~(3)の内容を入力(5事業所まで入力可能)

↓様式下部に移動する

③2月(臨時休業による影響前)の状況を入力する

項番	4	5	合計
事業所番号	0	0	
事業所名称	0	0	
2月			(1)
1割相当額			#DIV/0!
利用日数			#DIV/0!
1日当たり1割相当額			#DIV/0!
当該月			
通所報酬に係る1割相当額	0円	0円	0円
通所による支援の利用日数	0日	0日	0日
1日当たり1割相当額			#DIV/0!
当該月の利用増分			0日
利用増分のかかり増し報酬の1割相当額			#DIV/0!
その他のかかり増し報酬			

(1)2月の1割相当額及び利用日数を入力

※利用頻度にバラツキがあり、2月の実績だけで臨時休業による影響前の状況を判断することが適切ではない場合、12月~2月の平均をもって通所従前報酬を算出するような方法も可能

↓様式上部に移動する

④合計欄に表示された金額を各事業所に割り振る

項番	1	2	3
事業所番号			
事業所名称			
総費用額			
1割相当額			
通所報酬に係る1割相当額			
通所による支援の利用日数			
従前通所負担額			
上限管理後利用者負担額			
臨時休業による影響を除いた利用者請求額			
補助申請額	0円	0円	0円

項番	4	5	合計
事業所番号			
事業所名称			
総費用額			0円
1割相当額			0円
通所報酬に係る1割相当額			0円
通所による支援の利用日数			0日
従前通所負担額			#DIV/0!
上限管理後利用者負担額			0円
臨時休業による影響を除いた利用者請求額			#DIV/0!
補助申請額	0円	0円	#DIV/0!

上記内容について確認しました。
 令和 年 月 日
 支給決定保護者氏名

(1)③を入力すると、様式上部の「上限管理後利用者負担額」及び「臨時休業による影響を除いた利用者請求額」の合計額が自動計算される(赤枠及び青枠)

(2)自動計算された金額を、各事業所に割り振る(各事業所の数字の合計が合計の欄の数字と一致する必要がある)

⑤市町村への補助申請額を確認し、保護者の署名をもらう

項番	1	2	3
事業所番号			
事業所名称			
総費用額			
1割相当額			
通所報酬に係る1割相当額			
通所による支援の利用日数			
従前通所負担額			
上限管理後利用者負担額			
臨時休業による影響を除いた利用者請求額			
補助申請額	0円	0円	0円

項番	4	5	合計
事業所番号			
事業所名称			
総費用額			0円
1割相当額			0円
通所報酬に係る1割相当額			0円
通所による支援の利用日数			0日
従前通所負担額			#DIV/0!
上限管理後利用者負担額			0円
臨時休業による影響を除いた利用者請求額			#DIV/0!
補助申請額	0円	0円	#DIV/0!

上記内容について確認しました。
 令和 年 月 日
 支給決定保護者氏名

(1)表下部の水色部分が各補助申請額及び合計の補助申請額となる(この金額を支給決定市町村に対し請求することになる)

※利用者の負担上限月額や利用の状況によっては補助申請額が0円となる場合があるが、その場合はこの様式による報告は不要です