

障害児通所給付費・入所給付費等にかかる請求事務処理要領  
V e r . 6

神戸市保健福祉局障害者支援課  
平成26年4月

## 目 次

第 1	契約に係る報告等		
Ⅰ	概要	・・・	1
Ⅱ	契約内容・入退所（受給者証記載事項）報告書	・・・	1
Ⅲ	障害児支援受給者証の事業者記入欄	・・・	1
第 2	障害児通所給付費・入所給付費等		
Ⅰ	障害児通所給付費・入所給付費等の請求事務の概要	・・・	2
Ⅱ	障害児通所給付費・入所給付費等請求書（様式第一）	・・・	2
Ⅲ	障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）	・・・	4
Ⅳ	実績記録票	・・・	10
Ⅴ	障害児通所給付費・入所給付費等 明細総括表	・・・	15
Ⅵ	その他	・・・	15
第 3	肢体不自由児通所医療費・障害児入所医療費		
Ⅰ	肢体不自由児通所医療費・障害児入所医療費の請求の概要	・・・	16
Ⅱ	診療報酬明細書	・・・	16
Ⅲ	障害児入所医療費等請求書（食事の標準負担にかかる一部公費負担用）	・・・	17
Ⅳ	その他	・・・	18
第 4	治療装具費		
Ⅰ	基本事項	・・・	19
Ⅱ	代理受領（委任払い）	・・・	19
Ⅲ	本人請求	・・・	20
Ⅳ	治療装具費の支払	・・・	22

### 【引用法令名の略記方法】

法：児童福祉法

通所基準：児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準

入所基準：児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の事業の人員、設備及び運営に関する基準

## 第1 契約に係る報告等

### I 概要

給付決定は、児童の保護者等から申請された種類の障害児支援の利用について公費（障害児通所給付費・入所給付費等）で助成することの可否を判断するものであり、特定の事業者から支援を受けるべき旨を決定するものではない。

したがって、事業者は、給付決定保護者等と新たに契約を締結（変更）した場合又は契約を終了した場合は速やかに、障害児通所支援であれば「契約内容（受給者証記載事項）報告書」、障害児入所支援であれば「入退所（受給者証記載事項）報告書」により、その契約内容を神戸市に遅滞なく報告するとともに、障害児支援受給者証の施設障害児通所支援事業者記入欄、指定障害児入所施設等記入欄（以下「事業者記入欄」という。）に、事業者の名称等の必要事項を記載する。

### II 契約内容・入退所（受給者証記載事項）報告書

#### 1 報告期限

事業者が、神戸市に対し、障害児通所給付費・入所給付費等請求書を提出する際に、同時に報告する（翌月10日まで）。

#### 2 記載方法

##### （1）報告対象者

当該契約に係る給付決定保護者等の受給者証番号、氏名等を記載する。

##### （2）契約締結による契約内容

ア 当該契約に係る受給者証の事業者記入欄の番号ごとに記入した契約締結内容を記載する。

##### （ア）支援の種類

契約を締結した支援の種類を記載する。

##### （イ）契約日

指定通所支援の場合は、契約をした日を記載し、指定入所支援の場合は、入所日を記載する。

イ 当該報告理由となる事項について記載する。（通常記載の必要なし。）

##### （3）既契約でのサービス提供を終了した報告

ア 当該契約に係る受給者証の事業者記入欄の番号ごとに記入したサービス提供の終了に係る内容を記載する。

##### ・提供終了日

指定通所支援の場合は、契約によるサービス提供の最終日を記載し、指定入所支援の場合は、退所日を記載する。

イ 当該報告理由となる事項について記載する。（通常記載の必要なし。）

### III 障害児支援受給者証の事業者記入欄

#### 1 新規に契約する場合

契約を締結しようとする事業者は、給付決定保護者等から受給者証の提示を受け、受給資格を確認するとともに、受給者証の事業者記入欄に、事業者等の名称、入所年月日（通所の場合は契約年月日）を併せて記入し、事業所名を特定することができる確認印を押印する。

#### 2 契約を終了する場合

事業者は、当該事業者が記載していた受給者証の事業者記入欄に、退所年月日（通所の場合は契約終了年月日）を記入し、事業所名を特定することができる確認印を押印する。

## 第2 障害児通所給付費・入所給付費等

### I 障害児通所給付費・入所給付費の請求事務の概要

給付決定保護者等と契約を締結し、その契約に基づきサービスを提供した指定障害児通所支援事業者・指定障害児入所施設等（以下「指定障害児通所支援事業者等」という。）は、支給決定をした都道府県等に対して、当該給付決定保護者等に代わって障害児通所給付費・入所給付費又は特定入所障害児食費等給付費の請求を行い、都道府県等から支払を受ける（法第21条の5の7第11項及び法第24条の3第8項（第24条の7第2項において準用する場合を含む）の規定に基づく法定代理受領）。

さらに、神戸市においては、市独自で障害児通所給付費・入所給付費及び特定入所障害児食費等給付費について利用者負担額を減免していることから、指定障害児通所支援事業者等は、受給者証に記載されている負担上限額と国基準の利用者負担額との差額分（以下、「神戸市独自助成額」という。）について請求を行い、神戸市から支払いを受ける。

#### 1 障害児通所給付費・入所給付費、特定入所障害児食費等給付費

##### (1) 請求者

給付決定保護者等と契約を締結し、その契約に基づき給付決定に係るサービスを提供した指定障害児通所支援事業者等

##### (2) 請求方法

事業者は、神戸市に対して、障害児通所給付費・入所給付費及び特定入所障害児食費等給付費の請求に関する省令に定める方法により、サービス提供月ごとにサービス提供月の翌月10日までに請求を行わなければならない。

なお、以下は、請求省令の附則に定める請求書、明細書等の提出による方法に基づく請求についての説明である。神戸市独自助成額についても同様の様式で請求を行う。

##### (3) 請求に必要な書類

障害児通所給付費・入所給付費又は特定入所障害児食費等給付費を請求しようとする指定障害児通所支援事業者等は、次に掲げる書類を神戸市に提出しなければならない。

① 障害児通所給付費・入所給付費等請求書（様式第一）

② 障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）

③ 実績記録票

④ 障害児通所給付費・入所給付費等明細総括表

※ 医療機関を兼ねる入所施設の場合は、③の代わりに診療録等（当該月の利用日数が分かるもの）とする。

##### (4) 請求の単位

事業者は、指定事業所番号単位で請求書及び明細書を作成する。

##### (5) 請求書類の提出先

神戸市 保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課

### II 障害児通所給付費・入所給付費等請求書（様式第一）

#### 1 基本事項

##### (1) 作成者

給付決定保護者等と契約を締結し、その契約に基づき給付決定に係る指定通所・入所支援を提供した指定障害児通所支援事業者等（様式第二の明細書も同様）

##### (2) 作成単位

指定事業所番号単位で請求先となる都道府県等ごとに作成する。

## 2 記載方法

### (1) 請求先

請求に係る給付決定保護者等の支給決定をした都道府県等名を記載する。

### (2) 請求年月

当該請求に係るサービスを提供した年月を和暦で記載する。

### (3) 請求金額

当該事業者（指定事業所番号単位）による当該サービス提供月における当該都道府県等に対する給付費及び特定入所障害児食費等給付費、自治体助成額の請求合計額を記載する。

### (4) 請求事業者

#### ア 指定事業所番号

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

#### イ 住所（所在地）

事業者の郵便番号と所在地を記載する。

#### ウ 電話番号

事業者の電話番号を記載する。（問い合わせ用の連絡先電話番号）

#### エ 法人名称

事業者の運営法人の名称を使用する。

#### オ 事業所名称

事業者の名称として届け出た名称を使用する。

#### カ 職・氏名

代表者の職・氏名を記載し、押印する。

### (5) 請求内訳

指定事業所番号単位で提供した指定通所・入所支援等の種類ごとに、請求の内訳を記載する。

#### ア 区分

請求に係る指定通所・入所支援の種別を分けて記載する。

#### イ 件数

区分ごとに当該指定通所・入所支援が含まれている障害児通所給付費・入所給付費等明細書の件数（給付決定保護者等1人につき1件とカウント）を記載する。

#### ウ 単位数

区分ごとに障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された「給付単位数」の合計を記載する。

#### エ 費用合計

区分ごとに障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された「総費用額」の合計を記載する。

#### オ 給付費請求額

区分ごとに障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された「請求額給付費」の合計を記載する。

#### カ 利用者負担額

区分ごとに障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された「決定利用者負担額」の合計を記載する。

#### キ 自治体助成額

区分ごとに障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された「自治体助成分請求額」

の合計を記載する。

#### ク 障害児通所給付費

障害児通所支援のサービス種類ごとに記載する。

#### ケ 小計

「件数」から「自治体助成分」の各項目について、各区分の合計（縦計）を記載する。

#### コ 障害児入所給付費

障害児入所支援のサービス種類ごとに記載する。

#### サ 特定入所障害児食費等給付費（記載は福祉型の入所施設に限る）

指定障害児入所施設等は、特定入所障害児食費等給付費の請求がある場合、該当する項目について次のとおり記載する。

##### （ア）件数

特定入所障害児食費等給付費の請求が含まれている障害児通所給付費・入所給付費等明細書の件数（給付決定保護者等1人につき1件とカウント）を記載する。

##### （イ）費用合計

障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された特定入所障害児食費等給付費に係る実費算定額の合計を記載する。

##### （ウ）障害児通所給付費・入所給付費請求額

障害児通所給付費・入所給付費等明細書に記載された特定入所障害児食費等給付費に係る都道府県等請求額の合計を記載する。

#### （6）口座振替依頼欄

振替を依頼する口座の情報を記載する。神戸市に債権者登録をしている場合は、登録債権者番号も記載する。

### Ⅲ 障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）

#### 1 基本事項

##### （1）作成単位

障害児通所給付費・入所給付費等明細書（以下「明細書」という。）は、指定事業所番号単位で、給付決定保護者等1人につき1月に1件作成する。

ただし、給付決定保護者等1人に対し、支給決定に係る児童が複数いる場合は児童1人につき1月に1件作成する。

##### （2）1枚の明細書に請求明細が記入しきれない場合

1枚の明細書の請求額集計欄に請求明細が記入しきれない場合は、何枚中の何枚目であるかを所定の欄に記載し、複数の明細書に分けて明細の記入を行う。この際、2枚目以降については、受給者証番号を除く給付決定保護者等欄、指定事業所番号を除く請求事業者欄の記載は省略して差し支えない。

また、請求額集計欄の合計は最終枚目に記載するものとする。

##### （3）その他

給付決定保護者等1人（複数の児童がいる場合は児童1人）について、同一月分の同一様式の明細書を2件に分けて作成することはできない（上記（2）を除く。）。

#### 2 記載方法

##### （1）実施主体番号

###### ア 都道府県等番号

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された都道府県等番号を記載する。

(神戸市は、281006)

**イ 助成自治体番号**

神戸市独自助成額が発生する場合は、281006と記載する。

**(2) サービス提供年月**

請求対象となるサービスを提供した年月を和暦で記載する。

**(3) 給付決定保護者等**

**ア 受給者証番号**

請求に係る給付決定保護者等の障害児支援受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

**イ 給付決定保護者等氏名**

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

**ウ 支給決定に係る児童氏名**

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

**(4) 請求事業者**

**ア 指定事業所番号**

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

**イ 事業者及びその事業所の名称**

指定等を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所の名称を記載する。

**ウ 地域区分**

「厚生労働大臣が定める一単位の単価」に定める当該事業者が所在する地域区分を記載する。

(改正告示により、級地が変更されている。神戸市の場合は4級地)

**(5) 利用者負担上限月額**

**ア 利用者負担上限月額①**

国基準の所得区分に応じた利用者負担額を記載する。

具体的には、受給者証の「月額負担上限(国)(福祉サービス部分)」に記載されている金額を記載する。

**イ 利用者負担上限月額(神戸市/給付費部分)**

神戸市独自減免措置適用後の金額を記載する。

具体的には、受給者証の「神戸市独自減免措置の適用」欄が「有」となっている場合、「通所給付費部分」もしくは「入所給付費部分」に記載されている金額を記載する(国基準上限との差額を計算し、自治体助成額を算出するため)。「無」の場合は記載なし。

**(6) 利用者負担上限額管理事業所**

給付決定保護者等1人に対し、2カ所以上の指定障害児通所支援事業者等の利用がある場合に記載する。

① 給付決定保護者等1人に対し、18歳未満の兄弟等で2人以上の指定障害児通所支援事業者等の利用がある場合、本市は、同一保護者の利用者負担は、2人目から神戸市独自減免適用後の金額からさらに1/10に上限を引き下げているため、原則的に、上限管理欄には下記の要領で記載する。(例外ケースの場合は本市に直接連絡のこと。)

② 利用者が同月内に2ヶ所以上の指定障害児通所支援事業者等を利用した場合等、例外ケースの場合は本市に直接連絡のこと。

**ア 指定事業所番号**

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

## イ 利用者負担上限額管理結果

該当する上限額管理の結果を番号で記載する。

「1」・・・上限管理者の事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。

「2」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。

「3」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

①に該当する本市利用者の場合は原則「2」と記載する。

## ウ 管理結果額

①に該当する本市利用者の場合は原則「通所給付費部分」もしくは「入所給付費部分」の福祉部分の金額を記載する。

## エ 事業所名称

当該利用事業者を記載のこと。

## (7) サービス提供の開始・終了等の状況

同一事業所番号単位で提供したサービス種別の番号を記載し、その右欄に、当該サービスに係る開始年月日、終了年月日、利用日数及び入院・外泊日数を次により記載する。

### ア サービス種別

サービスコード表に記載されたサービス番号を記載する。

### イ 開始年月日

#### (ア) 入所施設

支給決定に係る児童が当該施設等に入所した日付を記載する（請求の都度記載）。

同一月内に同一の施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所中であれば、当該入所の年月日を記載する。月初日に入所中でなければ、当該月の最初に入所した年月日を記載する。

#### (イ) 通所事業者

給付決定に係る保護者等に対し、一連とみなされる利用契約の下で最初にサービスを提供した日付を記載する（請求の都度記載）。

### ウ 終了年月日

#### (ア) 入所施設

支給決定に係る児童が月の途中で退所した場合に、退所した日付を記載する。

同一月内に同一の施設等の入退所を繰り返した場合、月末日に入所中であれば記載を省略する。月末日に入所中でなければ、当該月の最後に退所した年月日を記載する。

#### (イ) 通所事業者

給付決定に係る保護者等に対し、一連とみなされる利用契約を解消し、月の途中でサービスの提供を中止した場合に、最後にサービスを提供した日付を記載する。

## エ 利用日数

### (ア) 入所施設

支給決定に係る児童が当該月に実際に入所していた日数を記載する。日数には入所日及び退所日を含むものとし、入院又は外泊をした日数（入院又は外泊を開始した日及び施設に戻った日を除く。）は含めない。

### (イ) 通所事業者

支給決定に係る児童が当該月に実際にサービス利用した日数を記載する。

## オ 入院日数



(ア) 入所施設

支給決定に係る児童が当該月に入院又は外泊をした日数（入院又は外泊を開始した日及び施設等に戻った日を除く。）を記載する。

(イ) 通所事業者

記載不要

(8) 給付費明細欄

請求する報酬の算定内訳を、サービスコード表のサービス区分ごとに、以下により記載する。

ア サービス内容、サービスコード

請求対象サービスに対応するサービスコード表のサービス内容略称及びサービスコードを記載する。

イ 単位数

請求対象サービスに対応する算定単位数（サービスコード単位数）をサービスコード表で確認して記載する。

ウ 回数

当該月におけるサービスの提供回数を記載する。

エ サービス単位数

「イ 単位数」に「ウ 回数」を乗じて算出した単位数を記載する。

オ 多子減免適用

受給者証の3ページ（予備欄）に「第2子軽減対象児童」の記載がある場合には「第2子」欄に1を、「第3子軽減対象児童」の記載がある場合には「第3子」欄に1を入力する。

【障害児通所給付費・入所給付費の報酬算定の方法】

①算定単位数の算出（端数処理：小数点以下四捨五入）

サービスコード表よりサービスコード単位数を抽出する。

◆サービスコード単位数＝告示単位×加減算

②サービス単位数の算出

サービスコード単位数に一月の提供回数に乗じる。

◆サービス単位数＝サービスコード単位数×提供回数

③総費用額（100/100）の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

サービス種別ごとに一月分のサービス単位数を合算し、一月分の給付単位数を求める。

当該給付単位数に単位数単価を乗じて算出する。

◆総費用額＝給付単位数×単位数単価

④利用者負担額の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

総費用額に10/100を乗じて利用者負担（1割相当）額を算出する。

◆利用者負担額＝総費用額×10/100

ただし、受給者証の3ページ（予備欄）に「第2子軽減対象児童」の記載がある場合には5/100を、「第3子軽減対象児童」の記載がある場合には0/100を乗じる。

### (9) 請求額集計欄

給付決定保護者等に同一指定事業所番号単位で実施したサービス種別ごと（例外は下記のとおり。）に、左欄から順に以下のとおり給付費の明細を集計する。

#### 【同一サービス種別でも別に集計する場合】

地域区分で 1～12 級地に所在する指定障害児通所支援事業者等（医療機関を兼ねる施設を除く。）において支援を行った場合で、**重度加算、重度重複加算、強度行動障害児特別支援加算、自活訓練加算、人工内耳装用児支援加算、乳幼児加算(※)**があるときは、当該事業者に適用される単位数単価とこれらの加算に適用される単位数単価（10 円）とが異なることから、**適用される単位数単価ごとに欄を分けて集計する。**

※乳幼児加算は、医療型障害児入所施設（肢体不自由児の場合）に係る加算であり、幼児加算（福祉型障害児入所施設（盲ろうあ児の場合）に係る加算）とは別の加算であるので留意すること

#### ア サービス種類コード

当該サービス種類のサービスコードの上 2 桁の番号及び名称を記載する。

#### イ サービス利用日数

当該月におけるサービス提供実日数を記載する。

#### ウ 給付単位数

給付費明細欄のサービス単位数の合計を記載する。

#### エ 単位数単価

「厚生労働大臣が定める一単位の単価」に定める当該施設に適用される一単位の単価を記載する。

#### オ 総費用額

給付単位数に単位数単価を乗じて得た額を記載する。（小数点以下切捨て）

#### カ 1 割相当額

総費用額に 10 / 100 を乗じた額を記載する。（小数点以下切捨て）

ただし、受給者証の 3 ページ（予備欄）に「第 2 子軽減対象児童」の記載がある場合には 5 / 100 を、「第 3 子軽減対象児童」の記載がある場合には 0 / 100 を乗じる。

#### キ 利用者負担額②

カを記載する。ただし、法第 21 条の 5 の 11 又は法第 24 条の 5 が適用された受給者の場合、「法第 21 条の 5 の 11 又は法第 24 条の 5 に基づく都道府県等が定める額」もしくは「1 割相当額」のうち小さい額を記載する。

#### ク 上限月額調整（①②の内少ない数）

「キ 利用者負担額②」又は「利用者負担上限月額①」のうち低い方の額を記載する。

#### ケ 調整後利用者負担額

同一指定事業所番号単位で複数の支援を提供した場合で、「上限月額調整（①②の内少ない数）」欄の合計額が「利用者負担上限月額①」を超えているときは、当欄を使用して、明細書単位で利用者負担額の調整を行う。

具体的には、「上限月額調整（①②の内少ない数）」欄に記載された利用者負担額を、当欄

の左欄より「利用者負担上限月額①」に至るまで転記し、合計額が「利用者負担上限月額①」と一致することを確認する。

#### コ 上限額管理後利用者負担額

請求に係る給付決定保護者等が上限額管理対象者である場合は、利用者負担上限額管理結果に基づき、「管理結果額」欄に記載された上限額管理後の利用者負担額に至るまで、左欄から順に「上限月額調整（①②の内少ない数）」欄の利用者負担額、又は「調整後利用者負担額」を転記し、合計額が「管理結果額」と一致することを確認する。

#### サ 決定利用者負担額

最終的に利用者が負担する金額を記載する。

但し、神戸市独自減免措置の適用があり、「上限月額調整（①②の内少ない数）」又は「調整後利用者負担額」欄の合計額が「利用者負担上限月額（神戸市／給付費部分）」を超える場合は、当欄を使用して調整を行う。

具体的には、「上限月額調整（①②の内少ない数）」又は「調整後利用者負担額」欄に記載された利用者負担額を、当欄の左欄より「利用者負担上限月額（神戸市／給付費部分）」に至るまで転記する。

#### シ 請求額給付費

総費用額から決定利用者負担額及び自治体助成分請求額を控除した額を記載する。

具体的には、「総費用額」から「決定利用者負担額」及び「自治体助成分請求額」を控除した額となる。

#### ス 自治体助成分請求額

地方独自事業として利用者負担の全部又は一部を助成する額を記載する。

具体的には、「上限月額調整欄（①②の内少ない数）」又は「調整後利用者負担額」（両方記載がある場合は「調整後利用者負担額」）から「決定利用者負担額」を控除した額を記載する。

#### セ 合計

各欄の合計額（横計）を記載する。

#### (10) 特定入所障害児食費等給付費（補足給付：福祉型の入所施設に限る）

支給決定に係る児童が、福祉型の入所施設の利用者で、給付決定保護者等が特定入所障害児食費等給付費の支給対象者である場合は、以下により特定入所障害児食費等給付費の請求明細を記載する。

##### ア 算定日額

受給者証の「特定入所障害児食費等給付費の支給内容」の「支給額」欄に記載されている金額を記載する。

##### イ 日数

当該サービス提供月に特定入所障害児食費等給付費が算定できる日数を記載する。

##### ウ 都道府県等請求額

「ア 算定日額」に「イ 日数」を乗じて得た額を記載する。ただし、当該額が「エ 実費算定額」を超える場合は、当該実費算定額を記載する。

##### エ 実費算定額

請求に係る給付決定保護者等の当該サービス提供月の実績記録票に記載された、食費及び光熱水費に係る当該月の実費算定額（補足給付前の額）を記載する。

※ 養護学校の給食は実費算定額に含まない。

## IV 実績記録票

請求省令附則第2条第3項の規定により、障害児通所給付費・入所給付費等明細書を都道府県等に提出する際には、提供した支援の内容の詳細を明らかにすることができる資料を添付することとされている。

この内容の詳細を明らかにする資料として、実績記録票を明細書等に併せて提出する。

### 1 基本事項

#### (1) 作成単位

実績記録票は、指定事業所番号単位で、給付決定保護者等1人につき1月に1件作成する。

ただし、給付決定保護者等1人に対し、支給決定に係る児童が複数いる場合は児童1人につき1月に1件作成する。

#### (2) サービス種類と実績記録票様式の対応関係

サービス種類によって別の様式となる。

なお、医療型)障害児入所施設については、実績記録票の提出は要しない。

ただし、診療録等利用実績が分かるものを請求書に添付すること(兵庫県と同様の取扱い)。

#### (3) その他

給付決定保護者等1人(複数の児童がいる場合は児童1人)について、同一月分の同一様式の実績記録票を2件に分けて作成することはできない。

### 2 各様式の記載要領

#### (1) 障害児入所支援提供実績記録票

##### ア サービス提供年月

当該サービスを提供した年月を和暦で記載する。

##### イ 受給者証番号

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

##### ウ 給付決定保護者等氏名

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

##### エ 児童氏名

受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

##### オ 補足給付適用の有無

受給者証の記載(特定入所障害児食費等給付費の支給内容(支給額))により、補足給付の適用があるか否かの確認を行い、適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載する。

##### カ 補足給付額(日額)

受給者証の特定入所障害児食費等給付費の支給内容の支給額(日額)を記載する。

##### キ 指定事業所番号

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

##### ク 事業者及びその事業所名

指定を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所名を記載する。

##### ケ 提供日付・曜日

当該サービス提供月において、入所による支援を提供した日及びその曜日を記載する。

##### コ 支援実績

###### (ア) サービス提供の状況

次の区分により、入院又は外泊をした日(入院又は外泊を開始した日及び施設に戻った日

を含む。) の状況を記載する。

- ・入院の初日：「入院」
- ・入院の中日：「入院」
- ・入院から施設に戻った日：「入院」
- ・外泊の初日：「外泊」
- ・外泊の中日：「外泊」
- ・外泊から施設に戻った日：「外泊」
- ・外泊から入院に移行した日：「外泊→入院」
- ・入院から外泊に移行した日：「入院→外泊」
- ・入院から施設に戻り、同日において外泊に移行した日：「入院→施設に戻る→外泊」
- ・外泊から施設に戻り、同日において入院に移行した日：「外泊→施設に戻る→入院」

(イ) 入院・外泊時加算 (Ⅰ) は 8 日を限度として算定。(Ⅱ) は (Ⅰ) に引き続いて 8 2 日を限度として算定。

入院・外泊時加算 (Ⅰ) が算定される日には「1」を、入院・外泊時加算 (Ⅱ) が算定される日には「2」記載する。

(ウ) 入院時支援特別加算

入院時支援特別加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

(エ) 自活訓練加算 (180 日を限度として算定)

自活訓練加算が算定される支援を行った日には「1」を記載する。

サ 実費算定額

「オ 補足給付の適用の有無」欄が「2」(有) の場合に記載する。

(ア) 食費の単価

都道府県知事等に届け出た食費の単価を、毎食単位又は一日単位の額で記載する。

(イ) 朝食、昼食、夕食

利用契約に従って、食事の提供を行ったときは、一食ごとに「1」を記載する。

(ウ) 光熱水費の単価

都道府県知事等に届け出た光熱水費の単価を、一月単位又は一日単位の額で記載する。

(エ) 光熱水費

利用契約に従って、施設が費用を徴収する日については「1」を記載する。

シ 各実費小計

当該月の食費及び光熱水費の額をそれぞれの単価と算定回数に基づいて算出して記載する。

ス 実費合計額

「シ 各実費小計」欄に記載された額を合算した額を記載する。

セ 地域移行加算 (退所前、退所後各 1 回)

(ア) 入所中算定日

入所中において地域移行加算が算定される支援を行った日を記載する。

(イ) 退所日

支給決定児童が当該施設を退所した日を記載する。

(ウ) 退所後算定日

退所後において地域移行加算が算定される支援を行った日を記載する。

退所月と退所後における地域移行加算の算定月が異なる場合は、基本情報の退所日、退所後算定日のみ記載する。

(2) 児童発達支援提供実績記録票

**ア サービス提供年月**

当該サービスを提供した年月を和暦で記載する。

**イ 受給者証番号**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

**ウ 給付決定保護者等氏名**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

**エ 児童氏名**

受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

**オ 契約支給量**

サービス種類の名称とその契約支給量を記載する。

**カ 指定事業所番号**

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

**キ 事業者及びその事業所**

指定を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所名を記載する。

**ク 提供日付・曜日**

当該サービス提供月において児童発達支援を提供した日及びその曜日を記載する。

**ケ サービス提供実績**

実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。

**(ア) サービス提供の状況**

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

**(イ) 開始時間・終了時間**

サービスの開始時間及び終了時間を記載する。

**(ウ) 送迎加算（重症心身障害児を除く。児童発達支援センター以外の事業所に対してのみ適用）**

送迎を行った場合は、片道単位で回数を記載する。

**(エ) 家庭連携加算（月4回まで）**

家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。

※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

**(オ) 訪問支援特別加算（月2回まで）**

訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。

※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

**(カ) 食事提供加算（児童発達支援センターのみ）**

食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者等に対して食事を提供した日には「1」を記載する。

**(3) 医療型児童発達支援提供実績記録票**

**ア サービス提供年月**

当該サービスを提供した年月を和暦で記載する。

**イ 受給者証番号**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

**ウ 給付決定保護者等氏名**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記

載する。

**エ 児童氏名**

受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

**オ 契約支給量**

サービス種類の名称とその契約支給量を記載する。

**カ 指定事業所番号**

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

**キ 事業者及びその事業所**

指定を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所名を記載する。

**ク 提供日付・曜日**

当該サービス提供月において医療型児童発達支援を提供した日及びその曜日を記載する。

**ケ サービス提供実績**

実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。

**(ア) サービス提供の状況**

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

**(イ) 開始時間・終了時間**

サービスの開始時間及び終了時間を記載する。

**(ウ) 家庭連携加算（月4回まで）**

家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。

※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

**(エ) 訪問支援特別加算（月2回まで）**

訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。

※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

**(オ) 食事提供加算**

食事提供体制加算の算定対象となる低所得利用者等に対して食事を提供した日には「1」を記載する。

**(3) 放課後等デイサービス提供実績記録票**

**ア サービス提供年月**

当該サービスを提供した年月を和暦で記載する。

**イ 受給者証番号**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

**ウ 給付決定保護者等氏名**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

**エ 児童氏名**

受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

**オ 契約支給量**

サービス種類の名称とその契約支給量を記載する。

**カ 指定事業所番号**

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

**キ 事業者及びその事業所**

指定を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所名を記載する。

**ク 提供日付・曜日**

当該サービス提供月において放課後等デイサービスを提供した日及びその曜日を記載する。

**ケ サービス提供実績**

実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。

**(ア) サービス提供の状況**

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

**(イ) 提供形態**

授業の終了後に行う場合は「1」、休業日に行う場合は「2」を記載する。

**(ウ) 開始時間・終了時間**

サービスの開始時間及び終了時間を記載する。

**(エ) 送迎加算（重症心身障害児を除く）**

送迎を行った場合は、片道単位で回数を記載する。

**(オ) 家庭連携加算（月4回まで）**

家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。

※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

**(カ) 訪問支援特別加算（月2回まで）**

訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による支援を行った場合は、支援に要した時間数を記載する。

※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

**(3) 保育所等訪問支援提供実績記録票**

**ア サービス提供年月**

当該サービスを提供した年月を和暦で記載する。

**イ 受給者証番号**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する。

**ウ 給付決定保護者等氏名**

サービス提供した給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

**エ 児童氏名**

受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

**オ 契約支給量**

サービス種類の名称とその契約支給量を記載する。

**カ 指定事業所番号**

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

**キ 事業者及びその事業所**

指定を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所名を記載する。

**ク 提供日付・曜日**

当該サービス提供月において保育所等訪問支援を提供した日及びその曜日を記載する。

**ケ サービス提供実績**

実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。

**(ア) 算定日数**

保育所等訪問支援を提供した日には「1」を記載する。



## **V 障害児通所給付費・入所給付費等 明細総括表（神戸市独自）**

### **1 作成が必要な場合**

「障害児通所給付費・入所給付費等明細書」が2件以上（利用者が2名以上）の場合は、利用者ごとの一覧表（障害児通所給付費・入所給付費等明細総括表：神戸市独自様式。）を作成する。

### **2 様式について**

利用者ごとの障害児通所給付費・入所給付費等明細書の内訳がわかれば、任意の様式でもかまわない。明細総括表が2ページ以上となるときは、各ページに合計額を記入するとともに、最終ページの「当月請求に係る累計」欄も記入する。

## **VI その他**

### **1 障害児通所給付費・入所給付費等の支払**

#### **（1）神戸市の支払**

神戸市は、審査の結果、事業者から提出された請求書類を適正と認めた場合、障害児通所給付費・入所給付費等の支給額を確定し、施設に支払う。

なお、支払日は請求月の翌月末となる。

#### **（2）保護者等への通知**

事業者は、神戸市から障害児通所給付費・入所給付費等の支払を受けた後、給付決定保護者等に対して確定した障害児通所給付費・入所給付費等の代理受領額を通知しなければならない。

（通所基準第25条第1項及び入所基準第19条第1項）

### **2 領収証の交付**

事業者は、障害児通所給付費・入所給付費等の利用者負担額を受領した場合は、給付決定保護者等に領収証等を交付する。

その領収書には、障害児通所給付費・入所給付費の利用者負担額として領収した金額が分かるようにすること。

なお、当該領収書は、高額障害児通所給付費等の請求のため、給付決定保護者等が必要とするときは、複数枚発行するなど利用者の便宜を図ること。

### 第3 肢体不自由児通所医療費・障害児入所医療費の請求及び支払

#### I 肢体不自由児通所医療費・障害児入所医療費の請求

##### 1 肢体不自由児通所医療費・障害児入所医療費の請求の概要

###### (1) 基本事項

支給決定に係る児童が、支給決定の有効期間内において、医療機関を兼ねる指定障害児通所支援事業者等から肢体不自由児通所医療・障害児入所医療（以下「障害児入所医療等」という。）を受けたときは、当該医療に要した費用について肢体不自由児通所医療費・障害児入所医療費（以下「障害児入所医療費等」という。）を支給する。

障害児入所医療費等は、原則として、事業者が医療保険の診療報酬明細書（レセプト）により、医療保険の請求と併せて請求する。（法第21条の5の28第3項及び法第24条の20第3項の規定に基づく法定代理受領）

###### ア 請求者

医療機関を兼ねる指定障害児通所支援事業者等

###### イ 請求様式

医療保険の診療報酬明細書

###### ウ 請求書の提出先

医療保険における診療報酬請求書の審査支払機関

- ・国民健康保険団体連合会
- ・社会保険診療報酬支払基金

###### エ 請求期日

障害児入所医療等の提供月の翌月10日まで

###### (2) 食事療養（生活療養）の標準負担額に係る障害児入所医療費等の取扱い（運用）

(1)の例外的な取扱いとして、障害児入所医療等のうち食事療養（生活療養）の標準負担額について、障害児入所医療費等により利用者に一部公費負担を行う場合は、現行の医療保険における診療報酬の審査支払システムの中では対応が困難であるため、別に当該一部公費負担部分のみを神戸市に請求するものとする。

###### ア 請求者

医療機関を兼ねる指定障害児通所支援事業者等

###### イ 請求に必要な書類

- ①障害児入所医療費等請求書（食事の標準負担額に係る一部公費負担用）
- ②当該月の診療録等（当該月の食事の標準負担額が分かるもの。）

###### ウ 請求書の提出先

神戸市 保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課

###### エ 請求期日

障害児入所医療の提供月の翌月10日まで

※ 福祉部分である障害児通所給付費・入所給付費等請求書等と併せて神戸市へ提出する。

#### II 診療報酬明細書

##### 1 記載方法

医療保険所管官署（厚生労働省保険局）の定めるところによる。

なお、食事療養（生活療養）の標準負担額に係る障害児入所医療費等による公費負担の有無に応じた標準負担額の記載は下表のとおりとなる。

(参考) 食事療養 (生活療養) の標準負担額に係る公費負担内容と請求方法の関係

食事療養に係る標準負担額についての公費負担形態	受給者証記載事項の食事療養に係る負担上限月額との関係	診療報酬明細書の標準負担額欄の記載額①	指定医療型障害児入所施設が利用者へ請求する額②	神戸市への請求書の提出
公費による負担なし	当該月における食事療養に係る標準負担額 ≤ 負担上限月額	当該月における食事療養に係る標準負担額	同左	不要
公費による一部負担	0円 < 負担上限月額 < 当該月における食事療養に係る標準負担額	当該月における食事療養に係る標準負担額	食事療養に係る負担上限月額	①と②の差額を請求書により提出
公費による全部負担	負担上限月額は0円	0円	0円	不要

### Ⅲ 障害児入所医療費等請求書 (食事の標準負担額に係る一部公費負担用)

#### 1 記載方法

##### (1) 請求事業者

###### ア 指定事業所番号

当該事業者の指定事業所番号を記載する。

###### イ 住所 (所在地)

当該障害児通所支援事業者等の郵便番号と所在地を記載する。

###### ウ 電話番号

当該障害児通所支援事業者等の電話番号を記載する。

###### エ 事業者及びその事業所の名称

指定を受けた際に届け出た法人の名称及び事業所名を記載する。

###### オ 職・氏名

代表者の職・氏名を記載し、押印する。

##### (2) 受給者

###### ア 受給者証番号

請求に係る給付決定保護者等の受給者証番号を記載する。(障害児支援医療受給者証の公費受給者番号ではないので留意すること)

###### イ 給付決定保護者等氏名

請求に係る給付決定保護者等の氏名を記載する。

###### ウ 支給決定に係る児童氏名

請求における支給決定に係る児童氏名を記載する。

##### (3) 提供年月

当該請求に係る障害児入所医療等を提供した年月を和暦で記載する。

##### (4) 請求金額

神戸市へ請求する金額を記載する。

##### (5) 請求金額の内訳

###### ア 食事の標準負担額 (A)

国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金へ提出する診療報酬明細書に記載する金額 (診療報酬の請求ルールに基づく食事療養に係る標準負担額) を記載する。

###### イ 利用者負担額 (B)

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された食事療養（生活療養）に係る負担上限月額を記載する。

※ 当該様式により食事療養（生活療養）の標準負担額に係る障害児入所医療費等による公費負担請求をするのは、当該月における食事療養（生活療養）に係る利用者負担額（標準負担額）が食事療養（生活療養）に係る負担上限月額を超えている場合（負担上限月額が0円の場合を除く。）に限られる。

ウ 市町村請求額（C）＝（A）－（B）

食事の標準負担額（A）から利用者負担額（B）を控除した額が、市町村への請求額となる。

#### IV その他

##### 1 障害児入所医療費等の支払

###### （1）診療報酬明細書による請求

神戸市は、審査支払機関からの請求に基づき、定められた期日までに審査支払機関に請求額を支払う（支払月は障害児施設の請求月の翌月）。

###### （2）障害児入所医療費等請求書（食事の標準負担額に係る一部公費負担用）による請求

神戸市は、福祉部分の障害児通所給付費・入所給付費と同様、請求のあった月の翌月末までに指定事業者を支払うものとする。

###### （3）利用者への通知

事業者は、神戸市から障害児通所給付費・入所給付費等の支払を受けた後、利用者に対して確定した障害児通所給付費・入所給付費等の代理受領額を通知する。

##### 2 領収証の交付

事業者は、障害児入所医療等に係る医療費の利用者負担額を受領した場合は、給付決定保護者等に領収証等を交付する。

その領収書には、障害児入所医療等に係る医療費の利用者負担額として領収した金額が分かるようすること。

なお、当該領収書は、治療装具費等の請求のため、給付決定保護者等が必要とするときは、複数枚発行するなど利用者の便宜を図ること

## 第4 治療装具費

### I 基本事項

治療装具費は、障害児入所医療費等の一部として支給され、本来は、本人に対する償還払いが原則であるが、従前どおり治療装具作製者に対する委任払いも可能となっている。

なお、障害児医療費等の一部としての支給であることから、福祉型施設の入所者や医療型施設であっても入所（通所）の起因となる疾病に関係のない治療装具は支給の対象とならない。

また、実際の治療装具の価格が基準額を超える場合は、超える部分について障害児入所医療費等の給付の対象とならない（差額は給付決定保護者等が負担することになる）。

#### 1 請求者

治療装具作製者又は給付決定保護者等

#### 2 請求に必要な書類

障害児入所医療費等（治療装具費）請求書（本市独自様式）

治療装具の見積書（基準額で算定したもの）等

#### 3 請求書の提出先

神戸市 保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課

#### 4 請求期日

原則、障害児通所給付費・入所給付費等と同様とする（毎月10日までに請求、翌月末払い）。

年度間の区分けは、2月までの提供分はその年度、3月以降の提供分については、翌年度の請求（請求日は4月以降の日付）とする必要があるので留意すること。

### II 代理受領（委任払い）

#### 1 障害児入所医療費等（治療装具費）請求書（受領委任払用）

##### (1) 記載方法

##### ア 年月日

請求日を記載する

##### イ 請求者

##### (ア) 名称

治療装具費を請求する治療装具作製者の名称を記載する。

##### (イ) 代表者

治療装具費を請求する治療装具作製者の代表者氏名を記載し、押印する。

##### (ウ) 所在地及び電話番号

治療装具費を請求する治療装具作製者の所在地及び電話番号を記載する。

##### ウ 請求金額等

##### (ア) 請求金額

神戸市に請求する金額を記載する。

##### (イ) 内容

##### a 治療装具価格

治療装具の価格（基準額を超える場合は基準額）を記載する。

##### b 保険者負担額

健康保険の保険者が負担する金額を記載する。

##### c 利用者負担額

障害児支援医療費受給者証の医療部分の負担上限額を記載する。

**d 公費負担額**

自治体が負担すべき金額（請求金額）を記載する。

この金額は治療装具の価格から保険者負担額と利用者負担額を引いた金額となる。

**(ウ) 治療装具作製日**

利用している医療型施設の施設長等が証明する治療装具の適合証明の日とする。

**エ 給付決定保護者等**

**(ア) 受給者証番号**

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する（障害児支援医療受給者証の公費受給者番号ではないので留意すること。）

**(イ) 給付決定保護者等氏名**

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

**(ウ) 支給決定に係る児童氏名**

請求に係る利用者が児童の場合は、請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

**(エ) 保険**

請求に係る給付決定保護者等が加入している健康保険の有無及びその負担割合を記載する。

**(オ) 当該月における障害児入所医療費等支払額**

請求に係る給付決定保護者等が作製日の属する月に入所（通所）施設等に支払った障害児入所医療費等の額を記載する。

**(カ) 障害児医療費等利用者月額上限負担額**

請求に係る給付決定保護者等の障害児支援医療受給者証に記載された障害児入所医療費等の負担上限月額を記載する。

**2 口座振替依頼欄**

振替を依頼する口座の情報を記載する。神戸市に債権者登録をしている場合は、登録債権者番号も記載する。

**3 添付書類**

①請求に係る給付決定保護者等の障害児入所医療費等の領収証

②治療装具装着等証明書（措置費での請求と同様）

③受領にかかる委任状

④治療装具の見積書

※ なお、実際の治療装具価格が基準額を超える場合は、基準額で算定した金額が分かる書類も添付する。

**Ⅲ 本人請求**

**1 障害児入所医療費等（治療装具費）請求書（本人請求用）**

**(1) 記載方法**

**ア 年月日**

請求日を記載する

**イ 請求者**

**(ア) 住所**

治療装具費を請求する給付決定保護者等の住所を記載する。

(イ) 給付決定保護者等氏名

治療装具費を請求する給付決定保護者等の氏名を記載する。

(ウ) 電話番号

治療装具費を請求する給付決定保護者等の電話番号を記載する。

ウ 請求金額等（受領委任払用と同様）

(ア) 請求金額

神戸市に請求する金額を記載する。

(イ) 内容

a 治療装具価格

治療装具の価格（基準額を超える場合は基準額）を記載する。

b 保険者負担額

健康保険の保険者が負担する金額を記載する。

c 利用者負担額

障害児支援医療費受給者証の医療部分の負担上限額を記載する。

d 公費負担額

自治体が負担すべき金額（請求金額）を記載する。

この金額は治療装具の価格から保険者負担額と利用者負担額を引いた金額となる。

(ウ) 治療装具作製日

利用している医療型施設の施設長等が証明する治療装具の適合証明の日とする。

エ 給付決定保護者等（受領委任払と同様）

(ア) 受給者証番号

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された受給者証番号を記載する（障害児支援医療受給者証の公費受給者番号ではないので留意すること。）

(イ) 給付決定保護者等氏名

請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された給付決定保護者等の氏名を記載する。

(ウ) 支給決定に係る児童氏名

請求に係る利用者が児童の場合は、請求に係る給付決定保護者等の受給者証に記載された支給決定に係る児童の氏名を記載する。

(エ) 保険

請求に係る給付決定保護者等が加入している健康保険の有無及びその負担割合を記載する。

(オ) 当該月における障害児入所医療費等支払額

請求に係る給付決定保護者等が作製日の属する月に入所（通所）施設等に支払った障害児入所医療費等の額を記載する。

(カ) 障害児入所医療費等利用者月額上限負担額

請求に係る給付決定保護者等の障害児支援医療受給者証に記載された障害児入所医療費等の負担上限月額を記載する。

オ 口座振替依頼書欄

(ア) 金融機関名

振込口座のある銀行、信用金庫、信用組合、J A等の金融機関名を記載する。

(イ) 支店名等

振込口座のある銀行の本店、支店、又は出張所名を記載する。

(ウ) 金融機関コード

振込口座のある金融機関のコードを記載する。(不明であれば、空欄でも可)

(エ) 店舗コード

振込口座のある支店等のコードを記載する。(不明であれば、空欄でも可)

(オ) 口座種目

振込口座の種目を「1 普通預金、2 当座預金、3 その他」のうちから選び、○をつける。

(カ) 口座番号

振込口座の番号を記載する。

(キ) 口座名義人

振込口座の名義人及びそのフリガナを記載する。

なお、申請者と振込口座の名義人は同一人である必要がある。

2 添付書類

①当該治療装具に係る領収証（自己負担額及び治療装具の価格が分かるもの）

②請求に係る給付決定保護者等の障害児入所医療費等の領収証

③治療装具装着等証明書（措置費での請求と同様）

④治療装具の見積書

※ なお、実際の治療装具価格が基準額を超える場合は、基準額で算定した金額が分かる書類も添付する。

IV 治療装具費の支払

神戸市は、給付決定保護者等から治療装具費の支給申請があったときは、その内容（保険負担割合、利用者負担額、治療装具の基準額等）を審査し、適正と認められる場合は、給付決定保護者等ごとに支給する。

なお、支払日は、原則、障害児通所給付費・入所給付費等と同様（請求が10日までに提出された場合は、請求月の翌月末払い）とする。

**神戸市**

〒650-8570

神戸市中央区加納町6-5-1

**【障害児支援に関する問い合わせ先】**

保健福祉局障害福祉部障害者支援課

TEL 078-322-6332（内線3232）

FAX 078-322-6065

**【障害児通所給付費・入所給付費等の**

**請求に関する問い合わせ先・請求書送付先】**

保健福祉局障害福祉部障害者支援課

TEL 078-322-6733（内線3226）

FAX 078-322-6065