

豊中市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第77条の規定に基づき、重度障害者等の通勤や職場等における支援を行うことにより、就労機会の拡大を図ることを目的に実施する本事業について必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 重度訪問介護等

法第5条第3項に規定する重度訪問介護、同条第4項に規定する同行援護又は同条第5項に規定する行動援護

(2) 指定重度訪問介護等事業者

前号に規定する重度訪問介護等の事業を行う指定障害福祉サービス事業者

(3) 重度障害者等

本市の援護により重度訪問介護等の支給決定を受けている者

(4) 重度障害者等就労支援

通勤支援及び職場等における支援であって、法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号。以下「報酬告示」という。）において、重度訪問介護等の障害福祉サービスのうち「通勤、営業活動等の経済活動に係る外出」として介護給付費の支給対象外となる部分

(5) 支援計画書

重度障害者等の通勤支援・職場等における支援において、民間企業及び自営業者が重度障害者等及び指定重度訪問介護等事業者と連携して、支援対象範囲を明確にし、必要な支援をとりまとめた計画書

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、前条第3号に規定する重度障害者等であって、次の各号に掲げるいずれかに該当する者とする。

- (1) 民間企業（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号）第49条第1項にある助成金の対象となる事業主をいう。以下同じ。）に雇用される者であって、1週間の所定労働時間が10時間以上の者（1週間の所定労働時間が10時間未満の者であって、当該年度末までに当該企業が10時間以上に引き上げることを目指すことが支援計画書において確認でき、この要綱による就労支援が必要と市長が認める者を含む。）ただし、法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の10第1号に規定する就労継続支援A型の事業を行う事業所の利用者を除く。

(2) 自営業者等（前号に掲げる者及び国家公務員、地方公務員、国会議員、地方議会議員等の公務部門で雇用等される者その他これに準ずる者以外の者をいう。）であつて、当該自営等に1週間のうち10時間以上従事することにより当該対象者の所得の向上が見込まれると市長が認めた者。

（支援の範囲）

第4条 本事業の対象となる支援の範囲は、重度障害者等就労支援とする。ただし、前条第1項第1号に該当する対象者については、障害者の雇用の促進等に関する法律第49条第1項第4号又は第5号に規定する助成金（重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金又は重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金）を活用（民間企業が、企業負担において可能な限り支援を提供することを条件に、当該企業が同助成金を活用しない場合、及び、対象者が同助成金の支給対象範囲外である支援のみを必要とするため同助成金を活用しない場合を含む。）しても当該対象者の雇用継続に支障が残るものとして当該対象者が勤務する民間企業及び関係者による支援計画書において認められた部分の時間を、対象となる支援の範囲とする。

（利用等支給申請）

第5条 前条に規定する支援を受けようとする者は、豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給申請書（様式第1号）に、次の各号に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、当該情報に係る個人の同意を得て、公簿により当該事実を確認することができるときは、当該事実に係る書類の添付を省略することができる。

- (1) 支援計画書（様式第2号）
- (2) 雇用されていることを証する書類の写し（第3条1号に規定する者に限る。）
- (3) 自営業者等であることを証する書類の写し（第3条2号に規定する者に限る。）
- (4) 課税証明書等の、対象者及びその属する世帯の他の世帯員に係る前年（申請が4月から6月までの場合にあつては、前々年）の所得の状況がわかる書類

（支給決定）

第6条 市長は、前条に規定する申請があつたときは、その内容を審査し、支給の可否を決定する。

2 市長は、給付費を支給する旨の決定（以下「支給決定」という。）をしたときは、豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給決定等通知書（様式第3号。以下「決定等通知書」という。）により、申請者に通知する。

3 市長は、支給決定の有効期間を、第1項に規定する支給を決定した日の属する年度の末日までの範囲内で定める。

4 市長が支給決定を行わないこととしたときは、その旨を豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給却下通知書（様式第4号。以下「却下通知書」という。）により、申請者に通知する。

（就労支援の利用）

第7条 本事業による就労支援の利用を認める決定を受けた者（以下「利用決定者」とい

う。)が第4条に規定する支援を受けようとするときは、指定重度訪問介護等事業者に決定等通知書を提示し、利用の申込みを行うものとする。

- 2 利用決定者は、指定重度訪問介護等事業者から支援の提供を受けたときは、利用者負担額を当該指定重度訪問介護等事業者に直接支払わなければならない。

(変更申請)

第8条 利用決定者は、第5条の規定により申請した内容について変更が生じたときは、豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給変更申請書(様式第5号)を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項に規定する申請があったときは、その内容を審査の上、支給決定を行うこととしたときは、豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給変更決定通知書(様式第6号)により、利用決定者に通知する。

- 3 市長が支給決定を行わないこととしたときは、その旨を却下通知書(様式第4号)により、利用決定者に通知する。

(利用等決定の取り消し)

第9条 市長は、利用決定者が次の各号に掲げる要件のいずれかに該当するときは、第6条第1項及び第8条第2項の規定による決定を取り消すことができる。

- (1) 第3条に規定する対象者でなくなったとき
- (2) 死亡したとき
- (3) 本事業の利用を辞退したとき
- (4) 偽りその他不正な行為により支給決定を受けたとき
- (5) その他市長が本事業の利用を不相当であると認めたとき

- 2 市長は、前項の規定により利用決定を取り消したときは、決定等通知書(様式第3号)により、利用決定者に通知する。

(就労支援給付費の請求及び支払)

第10条 市長は、指定重度訪問介護等事業者が利用契約を締結した利用決定者に対し、当該支援を提供したときは、利用決定者が当該指定重度訪問介護等事業者を支払うべき当該事業に要した費用について就労支援給付費として当該利用決定者に代わり指定重度訪問介護等事業者を支払うことができる。

- 2 前項の規定による支払いがあったときは、利用決定者に対し就労支援給付費の支給があったものとみなす。

- 3 就労支援給付費は、別表1に定める単位により算定する単位数に、同表に定める単価を乗じて得た額(その額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てる。)から、第11条に定める利用者負担額を除く額とする。

- 4 指定重度訪問介護等事業者は、豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費請求書(様式第7号)に豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費明細書(様式第8号)、豊中市重度障害者等就労支援特別事業サービス提供実績記録票(様式第9号)の写しを

添え、支援を提供した日の属する月の翌月の 20 日までに、市長に提出しなければならない。また、上限額管理を行う指定重度訪問介護等事業者は、豊中市重度障害者等就労支援特別事業利用者負担上限額管理結果票（様式第 10 号）の提出も行うこと。

5 市長は、請求書の提出があった場合は、その内容を審査の上、適正であると認めるときは、その日から 30 日以内に就労支援給付費を支払うものとする。

6 前項に規定する支払いがあったときは、利用決定者に対し、支援の提供があったものとみなす。

（利用者負担額）

第 11 条 利用者負担額は、前条第 1 項に規定する就労支援給付費については、当該費用の一割とし、同一の月の利用者負担額が、別表 2 に定める負担上限月額を超えるときは、当該月における利用者負担額は、当該利用者負担上限月額とする。

2 前項に規定する利用者負担額は、重度訪問介護等を含む他の事業の利用者負担額との間で上限額管理をしないものとする。

3 第 1 項に規定する利用者負担額は、指定重度訪問介護等事業者が利用決定者から受領するものとする。

（検査等）

第 12 条 市長は、適正を期するため必要があるときは、利用決定者又は指定重度訪問介護等事業者に対し、報告、帳簿書類の提出又は提示を命じ、出頭を求め、又は職員に帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

（不正利得の徴収）

第 13 条 市長は、偽りその他不正な方法により就労支援給付費の支給を受けた者がいるときは、その者から、その就労支援給付費の額に相当する金額の全部または一部を徴収することができる。

2 市長は、指定重度訪問介護等事業者が、偽りその他不正な方法により就労支援給付費の支給を受けたときは、当該指定重度訪問介護等事業者に対して、その支払った額につき返還させることができる。

（秘密の保持）

第 14 条 指定重度訪問介護等事業者の職員及び管理者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用決定者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

（その他）

第 15 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和 4 年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 1 月 1 日から施行し、この要綱の規定は令和 4 年 11 月 1 日から

適用する。

附 則

この要綱は、令和6年2月1日から施行する。

別表1（第10条関係）

単位数	重度訪問介護	報酬告示別表第2の1のイに規定する単位
	同行援護	報酬告示別表第3の1に規定する単位
	行動援護	報酬告示別表第4の1に規定する単位
単価	厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）に規定する一単位の単価	

別表2（第10条関係）

区分	負担上限月額
生活保護法（昭和25年法律第44条）による被保護者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者	0円
低所得世帯に属する者	
市民税課税世帯に属する者	4,000円

備考

- この表において「世帯」とは、住民基本台帳（昭和42年法律第81号）に基づき住民基本台帳に登録されている世帯をいう。
- この表において「低所得世帯」とは、利用者及びその配偶者のいずれも当該年度分（4月1日から6月30日までの間の申請にあつては、前年度分）の市町村民税が非課税である世帯をいう。
- この表において「市民税課税世帯」とは、利用者又はその配偶者のいずれかが当該年度分（4月1日から6月30日までの間の申請にあつては、前年度分）の市町村民税を課税されている世帯をいう。

(様式第1号)

年 月 日

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給申請書

豊 中 市 長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 豊中市 電話番号		
【同意欄】 以下の内容を確認し、「はい・いいえ」のどちらかを○で囲んでください。 この事業を利用するために必要があるときは、支給決定に係る調査内容等を指定事業者、就労先、関係行政機関及び指定相談支援事業者等に提供することに同意します。また利用料決定のため、私及び私の属する世帯の市民税課税台帳、住民基本台帳を閲覧すること、並びに、生活保護受給の有無を豊中市長に照会することに同意します。				はい・いいえ
現在利用中のサービス ☑印を入れて下さい		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護		
支援事業者	事業者名	電話番号 ()		
	事業者名	電話番号 ()		
	事業者名	電話番号 ()		
就労状況	雇用形態	<input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業等		
	就労場所	<input type="checkbox"/> 雇用先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	会社名			
	会社住所	電話番号 ()		
利用者負担	<input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに☑を付けて下さい。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の方 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する方			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 豊中市 電話番号 <input type="checkbox"/> 本人と同じ		

支 援 計 画 書

(様式第2号)

利用する助成金等(該当する助成金等の□にレ点を入れます。)

- 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金
 豊中市重度障害者等就労支援特別事業
 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

フリガナ				住所		
氏名	〒 -					
就業形態	民間企業等で雇用・自営業等に従事 (どちらかに○)		就業開始(予定)年月日	年	月	日
主たる障害の種類	身体・知的・精神		障害状況			
障害福祉サービス	重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護		支給決定市町村			
サービス提供事業所			特定相談支援事業所			
支援が必要な介助等						

(2) 職場環境等

フリガナ			フリガナ			
事業所名			所在地			
所定労働日	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期(週 日勤務)		所定労働時間			
勤務場所	自宅内 / 会社内 / 自宅と会社両方 / その他()		休憩時間			
業務内容	パソコン等を使ったデスクワーク / 軽作業等の労務 / その他					
業務内容詳細						
必要な機器等						
通勤の有無	有・無 (毎日・週回・月回)		経路			
勤務時間中の移動	職場内の移動 有・無 職場外の移動 有・無		所要時間(片道) 分			
執務環境(会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・手すり 有 / 無 ・エレベーター 有 / 無 ・入口から執務スペースまでの段差 有 / 無					
	休憩スペース 有 / 無 ・移動範囲内の障害物 有 / 無 ・視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可					
執務環境(自宅・その他)						
コミュニケーションの手段	直接口頭 / 電話 / メール / 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 / TV電話 / その他()					
雇用管理上の担当者名			安全衛生面の担当者名			
職業生活面の担当者名			その他担当者名			
その他、可能な合理的配慮の取組						

(3) 必要な支援内容

対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容					
時刻の目安	業務内容	介助内容	(A)助成金の対象となる支援時間の目安	(B)その他必要な支援時間の目安	
始業 (:)			↓		
終業 (:)					
			(A) 助成金の対象となる支援時間の目安 合計時間(1日) <input style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 分程度		
(B)その他必要な支援					
具体的に介助が必要な場面					
○見守り	有 / 無	○ 姿勢の調整	有 / 無	○ 喀痰吸引	有 / 無
○トイレ介助	有 / 無	○ 給水	有 / 無	○ 体位交換	有 / 無
○食事介助	有 / 無	○ 衣服着脱	有 / 無	○	有 / 無
			(B)その他必要な支援時間の目安 合計時間(1日) <input style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 分程度	↓	
			(A) + (B) (注: 所定労働時間を超えない範囲で記載) 合計時間(1日) <input style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 20px;" type="text"/> 分程度		

(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満(予定)の場合)年度末までの所定労働時間引き上げ計画

通勤
支援

通勤支援実施年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 (終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで)

通勤支援が必要な日 月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期(月 日)

支援の必要性 全介助・一部介助・見守りのみ (計画作成時点において必要な支援に○をつける)

通勤時間帯(開始時間~終了時間) 介助及び見守りが必要な場所(※一部介助・見守りのみを選択した場合に記載)

時 時 _____

時 時 _____

時 時 _____

支援計画書作成年月日

令和

年

月

日

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給決定等通知書

年 月 日付けの申請について、

- 下記のとおり決定を行いましたので、通知します。
- 下記の決定の取消しを行いましたので、通知します。

支給決定（取消）日	年 月 日		
支給決定者氏名			
決定内容等			
サービス種類	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 行動援護
支給量	時間/月		
有効期間	年 月 日	～	年 月 日
利用者負担上限月額	円		
上限月額の適用期間	年 月 日	～	年 月 日
支援事業者			
事業者名 <input type="checkbox"/>	(利用者負担上限額管理者)		
事業者名 <input type="checkbox"/>			
事業者名 <input type="checkbox"/>			
取消を行った理由			
特記事項			

***豊中市重度障害者等就労支援特別事業については、本通知書を上記に記載する事業者に提示することで、利用が可能となります。**

(教示) 不服申立て及び取消訴訟

1. この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、豊中市長に対し審査請求をすることができます。なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
2. この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

【問合せ先】

〒561-8501

豊中市役所障害福祉課

TEL : 06-6858-2224

FAX : 06-6858-1122

様

豊中市長

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給却下通知書

年 月 日付けの申請について、下記の理由により却下することを決定しましたので通知します。

申請者氏名		
1	申請事項	
2	却下の理由	

(教示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、豊中市長に対し審査請求をすることができます。なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

【問合せ先】
〒561-8501
豊中市役所障害福祉課
TEL：06-6858-2224
FAX：06-6858-1122

(様式第5号)

年 月 日

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給変更申請書

豊 中 市 長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 豊中市 電話番号		

【同意欄】 以下の内容を確認し、「はい・いいえ」のどちらかを○で囲んでください。 この事業を利用するために必要があるときは、支給決定に係る調査内容等を指定事業者、就労先、関係行政機関及び指定相談支援事業者等に提供することに同意します。また利用料決定のため、私及び私の属する世帯の市民税課税台帳、住民基本台帳を閲覧すること、並びに、生活保護受給の有無を豊中市長に照会することに同意します。	はい・いいえ
--	--------

変更発生日	年 月 日
変更内容	(変更前)
	(変更後)
変更を申請する理由	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒	<input type="checkbox"/> 本人と同じ	電話番号

(様式第6号)

豊福障第 号

年 月 日

豊中市長

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費支給変更決定通知書

年 月 日付けの申請について、下記のとおり変更決定を行いましたので、通知します。

変更決定日	年 月 日
支給決定者氏名	
決定内容等	
変更前	
変更後	
特記事項	

(教示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、豊中市長に対し審査請求をすることができます。なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

【問合せ先】

〒561-8501

豊中市役所障害福祉課

TEL：06-6858-2224

FAX：06-6858-1122

(様式第7号)

年 月 日

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費請求書

豊 中 市 長 様

(請求者)

事業所番号

住 所

電 話 番 号

事 業 者 名

代表者職氏名

下記のとおり請求します。

請求金額	
------	--

利用者氏名 _____ 様

_____ 年 _____ 月分

<振込口座>

銀行・支店名	銀行	支店
預金種別	普通	・ 当座 (口座番号)
ふりがな		
口座名義人		

(様式第8号)

豊中市重度障害者等就労支援特別事業給付費明細書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

利用者氏名	
生年月日	年 月 日

請求事業者	事業所番号																			
	事業者及びその事業所の名称																			

利用者負担上限月額 ①	
-------------	--

サービスコード	サービス内容略称		算定単位	合成 単位数	回数	合計単位数 (A)	摘要
	種類	項目					
給 付 費 明 細 欄							

合計単位数 (A)	
単位数単価 (B)	
就労支援給付費 (A) × (B)	
給付率	90/100
総費用額	
給付率に 基づく	請求額
	利用者負担額②
上限月額調整(①②の内少ない数)	
上限額管理後利用者負担額	
決定利用者負担額	
豊中市請求額	

(様式第10号)

豊中市重度障害者等就労支援特別事業 利用者負担上限額管理結果票

年 月 分

利用者氏名	
生 年 月 日	年 月 日

事業所番号
指定重度訪問介護等事業者及びその事業所の名称	

豊中市重度障害者等就労支援特別事業の利用者負担上限月額	
-----------------------------	--

利用者負担上限額管理結果	
--------------	--

- 1 管理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額は発生しない。
- 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。

利用者負担額集計・調整欄	項番	1	2	3	4	5	6
	事業所番号						
	事業所名称						
	総費用額						
	利用者負担額						
	管理結果後利用者負担額						

利用者負担額集計・調整欄	項番	7	8	9	10	11	合計
	事業所番号						
	事業所名称						
	総費用額						
	利用者負担額						
	管理結果後利用者負担額						

上記内容について確認しました。

年 月 日

氏名