

## 平塚市地域生活支援事業

### ● 過誤申立書（介護給付費・地域共通）

### ● サービス提供報告書

- ◆ 移動支援
- ◆ 日中一時支援
- ◆ 訪問入浴サービス
- ◆ 障がい児タイムケア事業
- ◆ 地域活動支援センター
- ◆ 代理受領に関する委任状

平塚市 福祉部 障がい福祉課

令和6年4月1日

\*\*\*\*\*

#### 〈地域生活支援事業の注意点〉

##### 1. ①サービス提供報告書の提出について

- ・提出期日はサービス提供月の翌月10日とします。（10日が休みの場合は直前の平日）
- ・サービス提供報告書は、原本を保管し、写しを平塚市障がい福祉課宛てに提出して下さい。
- ・サービス提供報告書は、平塚市指定の様式を利用してください。

##### ②提出方法

- ・提出する際は、事業者番号ごとにまとめて、郵送又は持参してください。（障害福祉サービスと平塚市地域生活支援事業で事業者番号が異なりますのでご注意ください。）
- ・FAXでの提出はできません。
- ・報告書は、受給者番号順に並べ替えて御提出ください。

##### 2. ①過誤申立書の提出について

- ・提出期日は全国システムで過誤申立情報を提出する締切日の前日とします。（前日が休みの場合は直前の平日）月により締切日が変わりますので、詳しくは障がい福祉課にお問い合わせください。
- ・過誤申立書には、事業所番号、受給者番号、サービス提供年月、サービス種類等の情報を必ず記入してください。

##### ②提出方法

- ・提出は、郵送、FAX又は持参してください。（FAXの場合は、送信誤りにご注意ください）

##### 3. 利用者負担額の軽減措置について

平成22年4月から、非課税世帯の自己負担がなくなりました。

#### 問い合わせ先

平塚市役所 障がい福祉課

電話 0463-21-8774（直通）

FAX 0463-21-1213（直通）

# 障害者自立支援給付費等過誤申立書(請求取下依頼書)

(市町村名)

平塚市 宛て

下記の障害者自立支援給付費等について、過誤を申し立てます。

- ②
- 標準システムの過誤
  - かながわシステムの過誤
  - 両システムの過誤
- ↑該当する項目に○を付けて下さい。

③

事業所番号										
事業所名称										
所在地										
連絡先	電話番号									
	FAX									

① 年 月 日

例	④	⑤	⑥	⑦	⑦		申立事由コード (市町村記入欄)	
	証記載市(区)町村番号	受給者番号	サービス提供年月	審査年月	請求NO ※かながわシステムの過誤のみ	サービス種類		過誤申立の理由
	1 4 2 0 3 4	1 0 0 0 0 1 2 3 4 5	2 0 0 7 0 9	2 0 0 7 1 0	1 4 3 0 0 0 0 1	居宅介護	請求明細書のサービスコードを誤ったため	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

※太枠の中をご記入ください。  
※○数字は市町村用の記号です。

\* 申立事由コード(様式番号(2桁)+申立事由番号(2桁))

- |                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| 様式番号                 | 申立事由番号                |
| 10: 介護・訓練等給付費(様式第二)  | 01: 台帳誤り等による市町村申立     |
| 11: 介護・訓練等給付費(様式第三)  | 02: 請求誤りによる           |
| 21: サービス計画作成費(様式第四)  | 09: 時効による市町村申立        |
| 30: 特例介護・訓練給付費(様式第六) | 11: 台帳誤りによる事業所申立      |
| 50: 地域生活支援事業         | 32: 提供実績票の誤りによる実績取り下げ |
|                      | 33: 上限の誤りによる実績の取り下げ   |
|                      | 90: その他の事由による台帳過誤     |
|                      | 99: その他の事由による取り下げ     |

### 平塚市移動支援事業 サービス提供報告書

サービス提供年月	年 月	受給者証番号	
事業所番号		受給者氏名	
事業者及びその事業所の名称			
サービス内容及び契約支給量	介護あり ・ 介護なし	利用者氏名	
		負担上限月額	

日	曜日	サービス提供時間		算定時間	確認欄		利用目的 <small>(行き先及び待ち時間減算等あれば具体的に)</small>
		開始時間	終了時間		提供者名	利用者確認	

平塚市移動支援事業 サービス提供報告書

サービス提供年月	令和 6 年 4 月	受給者証番号	* * * * * * * * * *
事業所番号	* * * * * * * * * *	受給者氏名	平塚 太郎
事業者及びその事業所の名称	平塚〇〇居宅事業所 0463-**-*****	利用者氏名	平塚 一郎
サービス内容及び契約支給量	介護あり・介護なし	負担上限月額	9,300円

どちらかに"〇"をつけてください。

受給者証の利用者負担上限月額欄の額を記載しま

日	曜日	サービス提供時間		算定時間	確認欄		利用目的 (行き先及び待ち時間減算等あれば具体的に)
		開始時間	終了時間		提供者名	利用者確認	
2	月	7:30	8:00	0.5	神奈川	✓	母が急病のため学校へ登校支援を行った
3	火	15:00	16:00	1	神奈川	✓	買い物の支援
4	水	14:00	17:00	2	神奈川	✓	病院の検査時間1時間を減算した

活動したヘルパーの名前を記載してください。

利用者に内容を確認のうえ

算定時間や利用について参考となる事項を記入してください。  
ヘルパーが待機している時間(待ち時間)は減算となります。

契約の記入欄番号は、「障害福祉サービス受給者手帳」(表紙は緑色です。)の6ページからの訪問系サービス事業者記入欄の番号を採番してください。同一利用者が、介護給付の家事援助と地域生活支援事業の移動支援事業を契約するときは、2つの番号を取るようになります。

第4号様式（第10条関係）

平塚市日中一時支援事業 サービス提供報告書

サービス提供年月	年 月
事業所番号	
事業所名称	

受給者番号	
利用者氏名	
利用者負担率	0% 5% 10%
重度重複加算	あり ・ なし

利用日		利用時間		利用時間	算定区分				送迎加算		行動加算	利用者負担額	利用者確認欄	備考
日付	曜日	開始時間	終了時間		①	②	③	④	迎え	送り				
合計	① 2時間以内													
	② 2時間超～6時間以内													
	③ 6時間超													
	④ 生活介護後1時間以上2時間以内													

※1時間未満での請求は出来ません。ご注意ください。

平塚市日中一時支援事業 サービス提供報告書

サービス提供年月	令和 6 年 4 月	受給者番号	*****
事業所番号	*****	利用者名	平塚太郎
事業所名称	平塚障害児サポートセンター 0463-**-****	利用者負担率	0% <b>5%</b> 10%
		重度重複加算	あり <b>なし</b>

10%負担は37,200円の方  
0%負担は0円の方  
その他の方は、5%負担となります。

必ずどちらかに“0”をしてください。

利用日 日付	曜日	利用時間		利用時間	算定区分				送迎加算		行動加算	利用者負担額	利用者確認欄	備考
		開始時間	終了時間		①	②	③	④	迎え	送り				
4	土	10:00	12:00	2:00	1				1	1		75	✓	利用者に内容を 確認のうえチェック
14	火	12:00	15:00	3:00		1			1			200	✓	
15	水	9:00	16:00	7:00			1				1	260	✓	外出支援のため マンツーマン対応
20	月	10:00	12:00	2:00	1				1	1		75	✓	
21	火			2:00					1					両親就労のため
合計														
		① 2時間以内												
		② 2時間超～6時間以内			2	1	1	1	5	1	610			
		③ 6時間超												
		④ 日中活動系サービス後1時間以上2時間以内												

利用した時間を  
記入してください。

サービスを提供した  
区分ごとに「1」を記入  
してください。

送迎を実施した場合に

行動加算の対象者で、かつ実際  
に増員してマンツーマン対応した  
場合に「1」を記入してください。

請求上特筆すべき事項を  
記入してください。

上記の内容を集計

※1時間未満での請求は出来ません。ご注意ください。



平塚市地域活動支援センター サービス提供報告書

サービス提供年月	令和 6 年 4 月	10%負担は37,200円の方 0%負担は0円の方 その他の方は、5%負担とな	委託者番号	*****		
事業所番号	146201010*		利用者氏名	平塚太郎		
事業所名称	地域活動支援センター 0463-**-****	A 日 額 A 月 額 B	利用者負担率	0% (○)	5%	10%
			重度重複加算	あり		なし (○)
			区分(A型のみ)	重度 (○)		軽度

利用日		利用時間		基本分	送迎加算		行動加算	自立訓練	利用者負担額	利用者確認印	備考
日付	曜日	開始時刻	終了時刻		迎え	送り					
1	月	10:00	16:00	1	1	1			0	✓	
2	火	10:00	13:00	1	1	1	1		0	✓	マンツーマンで作業指導
3	水	9:00	15:00	1	1	1			0	✓	
4	木	10:00	16:00	1	1	1			0	✓	
5	金	10:00	15:00	1	1			1	0	✓	
6	土	-	-			1		1	0		
合 計											

必ずどれかに“○”をしてください。

必ずどちらかに“○”をしてください。

必ずどちらかに“○”をしてください。

サービスを提供した場合に「1」を記入してください。

送迎を実施した場合に「1」を記入してください。

自立訓練を実施した場合に「1」を記入してください。※日中のサービス提供がない場合は加算のみになります。

行動加算の対象者で、かつ実際に増員してマンツーマン対応した場合に「1」を記入してください。

請求上特筆すべき事項を記入してください

利用者に内容を  
確認のうえチェック  
してください。



平塚市訪問入浴事業

サービス提供報告書

サービス提供年月	年	月
事業所番号		
事業者及びその事業所の名称		
サービス内容及び契約支給量	回	

受給者証番号	
受給者氏名	
利用者氏名	
利用者負担率	

入浴計画		◆ 日中一時支援		サービス提供の内容			確認欄		備考
日付	曜日	日付	曜日	入浴	一部入浴(清拭)	中止	提供者名	利用者確認	
合 計									/

平塚市訪問入浴事業

サービス提供報告書

サービス提供年月	令和 6 年 4 月
事業所番号	* * * * * * * * * *
事業者及びその事業所の名称	平塚市〇〇入浴サービス(株) 0463-**-****
サービス内容及び契約支給量	5 回

受給者証番号	* * * * * * * * * *
受給者氏名	平塚 太郎
利用者氏名	平塚 花子
利用者負担率	10%

10%負担は37,200円の方  
0%負担は0円の方  
その他の方は、5%負担となります。

入浴計画		◆ 日中一時支援		サービス提供の内容			確認欄		備考
日付	曜日	日付	曜日	入浴	一部入浴(清拭)	中止	提供者名	利用者確認	
1	火	5	火	1			神奈川	✓	
8	火	12	火	1			神奈川	✓	
15	火					1			
22	火	26	火		1		神奈川	✓	
合計				2	1	1			

訪問入浴を実施した場合に「1」を記入してください。

計画が中止になった場合「1」を記入してください。  
提供者名、利用者確認のチェックは、この場合不要です。

健康上等の理由から入浴サービスの一部しか実施できなかった場合「1」

活動した従事者の名前を記載してください。

利用者に内容を確認のうえチェックしてください。

## 代理受領に関する委任状

(宛先)  
平塚市長

年 月 日

委任者（サービス利用対象者）

受給者番号

居住地

氏 名

(サービス利用対象者が18歳未満の場合は、保護者となります。)

私は、平塚市地域生活支援事業にかかる助成金の受領について、次の者を代理人として定め、助成金の受領の権限を委任します。  
なお、期間は代理人との契約期間とします。

受任者（事業者）

所在地

名 称

代表者職氏名

この委任状を使用するをする事業にチェックを入れてください。

- 平塚市移動支援事業
- 平塚市日中一時支援事業
- 平塚市訪問入浴事業
- 平塚市障がい児タイムケア事業
- 平塚市地域活動支援センター



### 平塚市障がい児タイムケア事業 サービス提供報告書

サービス提供年月	令和 3 年 4 月	<p>10%負担は37,200円の方 0%負担は0円の方 その他の方は、5%負担となります。</p>	受給者番号	*****
事業所番号	*****		利用者氏名	平塚 太郎
事業所名称	平塚障害児サポートセンター 0463-**-****		利用者負担率	0% 5% 10%
			重度重複加算	あり なし

必ずどちらかに“○”をしてください。

利用日	利用時間	利用時間	基本分	送迎加算		行動加算	利用者負担額	利用者確認欄	備考
				迎え	送り				
14	火 15:00 - 18:00	3:00	1	1			280	✓	利用者に内容を確認のうえチェックしてください
17	金 13:00 - 18:00	5:00	1	1	1		280	✓	
25	土 11:00 - 18:00	7:00	1	1			280	✓	
27	月 9:30 - 18:00	8:30	1			1	280	✓	外出支援のためマンツーマン対応
		利用した時間を記							
		サービスを提供した場合に「1」を記入してください。							
		送迎を実施した場合に「1」を記入してください。							
		行動加算の対象者で、かつ実際に増員してマンツーマン対応した							
		請求上特筆すべき事項を記入してください。							
		上記の内容を集計							
合 計			4	4	1		1,120		