

1 受給者証の確認方法

(三)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	37,200円
適用期間	
食事提供体制加算対象者	非該当
適用期間	
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	非該当
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
無償化対象児童(令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで)	
江戸川区独自助成対象	
第2子(第3子)軽減対象児童	
予備欄	

①「無償化対象児童(令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで)」と記載のある児童は、従前どおり、国制度の無償化対象(※)となります。

(※) 満3歳になって初めての4月1日から3年間の児童

国制度による無償化の請求方法について変更はありません。

②負担上限月額欄に「37,200円」または「4,600円」の記載があり、「江戸川区独自助成対象」と記載がある児童は江戸川区事業の無償化対象となります。

②のみ記載がある場合、次頁の2(1)の方法により請求してください。

③「第2子(第3子)軽減対象児童」と記載のある児童は、国制度の多子軽減措置対象(※)となります。

(※) 第1子が未就学児かつ第3子以降の児童は国制度による無償化対象

②③の記載がある場合、次頁の2(2)の方法により請求してください。

2 国保連への給付費の請求方法及び都道府県番号

(1) 江戸川区事業の無償化対象児童

江戸川区事業の無償化のみ

児童所給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号 1 3 1 0 × × 助成自治体番号 1 3 1 0 × × 令和 0 7 年 0 9 月 分

指定事業所番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

受給者証番号 0 0 0 0 0 0 0 0 給付決定保護者氏名 江戸川 太郎 給付決定に係る障害児氏名 江戸川 太郎 地域区分 一級地

利用者負担上限月額 4 6 0 0

指定事業所番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 管理結果 3 管理結果額 3 8 9 4

サービス 6 1 令和 0 7 年 0 4 月 0 1 日 令和 0 7 年 0 4 月 1 0 日 児発15 児発児童指導員等加配加算 1-15

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
児発15	6 1 1 5 1 1	8 8 5 1 0	8 8 5 0	8 8 5 0	
児発児童指導員等加配加算 1-15	6 1 4 0 1 4	1 8 7 1 0	1 8 7 0	1 8 7 0	

上限額管理対象者は管理後の利用者負担額を無償化します。

サービス種類コード	サービス利用日数	合計
給付単位数	1 0 7 2 0	1 0 7 2 0
単位数単価	1 1 2 0 円/単位	1 1 2 0 円/単位
総費用額	1 2 0 0 6 4	1 2 0 0 6 4
1割相当額	1 2 0 0 6 4	1 2 0 0 6 4
利用者負担額②	4 6 0 0	4 6 0 0
調整後利用者負担額	3 8 9 4	3 8 9 4
決定利用者負担額	3 8 9 4	3 8 9 4
請求額 給付費	1 1 6 1 7 0	1 1 6 1 7 0
自治体助成分請求額	3 8 9 4	3 8 9 4

江戸川区の実施する無償化事業ではここに決定利用者負担額が入ります。

特定入所障害児食費等給付費 1 枚中 1 枚目

(2) 国制度の第2子(3子)軽減対象かつ江戸川区事業の無償化対象児童 (3) 都道府県等番号

国制度の第2子(3子)軽減 + 江戸川区事業の無償化

給付費・入所給付費等明細書

都道府県等番号 1 3 1 0 × × 助成自治体番号 1 3 1 0 × × 令和 0 7 年 0 9 月 分

指定事業所番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

受給者証番号 0 0 0 0 0 0 0 0 給付決定保護者氏名 江戸川 太郎 給付決定に係る障害児氏名 江戸川 太郎 地域区分 一級地

利用者負担上限月額 4 6 0 0

指定事業所番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 管理結果 3 管理結果額 3 8 9 4

サービス 6 1 令和 0 7 年 0 4 月 0 1 日 令和 0 7 年 0 4 月 1 0 日 児発15 児発児童指導員等加配加算 1-15

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
児発15	6 1 1 5 1 1	8 8 5 1 0	8 8 5 0	8 8 5 0	
児発児童指導員等加配加算 1-15	6 1 4 0 1 4	1 8 7 1 0	1 8 7 0	1 8 7 0	

(1) 利用者負担額②には、1割相当額×1/2を入力してください。

(2) 決定利用者負担額と自治体助成分請求額には、利用者負担上限月額もしくは上限管理結果額と、利用者負担額②を比べて低い方を入力してください。

(3) 総費用額-決定利用者負担額を給付費として請求してください。

サービス種類コード	サービス利用日数	合計
給付単位数	1 0 7 2 0	1 0 7 2 0
単位数単価	1 1 2 0 円/単位	1 1 2 0 円/単位
総費用額	1 2 0 0 6 4	1 2 0 0 6 4
1割相当額	1 2 0 0 6 4	1 2 0 0 6 4
利用者負担額②	6 0 0 3	6 0 0 3
調整後利用者負担額	3 8 9 4	3 8 9 4
決定利用者負担額	3 8 9 4	3 8 9 4
請求額 給付費	1 1 6 1 7 0	1 1 6 1 7 0
自治体助成分請求額	3 8 9 4	3 8 9 4

特定入所障害児食費等給付費 1 枚中 1 枚目

区市町村	番号
江戸川区	131237