

(様式2)

年 月 日

報酬算定区分に関する届出書（児童発達支援）

事業所・施設の名称					
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了				
2 利用児童の状況	月	① 利用延べ人数	② ①うち未就学児	③ 未就学児の割合 (②/①)	
	4月				
	5月				
	6月				
	7月				
	8月				
	9月				
	10月				
	11月				
	12月				
	1月				
	2月				
	3月				
	合計				
	※①に占める②の割合が70%以上の場合は、障害児通所報酬告示第1の2の (1)「主に未就学児に対し指定児童発達支援を行う場合」の区分で請求すること。				

備考 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

医療的ケア区分に応じた基本報酬に関する届出を行う場合は様式3も添付してください。