

記入例

移動支援事業費請求書

吉見町長 殿

請求金額			百万			千			円
					1	6		6	6
								3	

内 訳			○	年		○	月分			
	請求給付費名			明細書件数			金額			
	移動支援			1			16,663			
	合計									

上記のとおり請求します。

年 月 日

請求事業者	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	
金融機関・支店名		
口座種別		
フリガナ		
口座名義		

# 移動支援事業利用明細書

年 月 分

決定番号		事業者 及び その事業所 の名称	地域 区分	<b>7級地（例）</b>
支給決定 障害者氏名				
支給決定に係る 児童の氏名				

	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
費用の額計算欄	身体介護あり 1.0時間	402	2	8,184	@10.18
	身体介護あり 3.0時間	833	1	8,479	@10.18
当月費用の額合計				① <b>16,663</b>	

**サービス内容欄**  
  
**時間数を分けて記載してください。**

**計算式**  
**402単位 × 2回 × 10.18(7級地) = 8,184円**  
**833単位 × 1回 × 10.18(7級地) = 8,479円**

	費用負担	利用者負担額	摘要
利用者負担額計算欄	本人分	0	
	扶養義務者分		
	当月利用者負担額合計		② <b>0</b>

当月移動支援事業費請求額①－②	<b>16,663円</b>
-----------------	----------------

年 月分

サービス利用実績記録票

決定番号		受給者氏名 (児童氏名)		事業所名
利用決定時間数	月	時間		
負担上限額	月額	円		

日付	曜日	サービス提供実績			利用者負担額	利用者 確認印
		開始時間	終了時間	利用時間		
1	月	10:00	11:00	1.0	0	印
2	火	:	:			
3	水	10:00	11:00	1.0	0	印
4	木	:	:			
5	金	10:00	13:00	3.0	0	印
6	土	:	:			
7	日	:	:			
8		:	:			
9		:	:			
10		:	:			
11		:	:			
12		:	:			
13		:	:			
14		:	:			
15		:	:			
16		:	:			
17		:	:			
18		:	:			
19		:	:			
20		:	:			
21		:	:			
22		:	:			
23		:	:			
24		:	:			
25		:	:			
26		:	:			
27		:	:			
28		:	:			
29		:	:			
30		:	:			
31		:	:			
合 計				4.0	0	