

移動支援事業費請求書

吉見町長 殿

請求金額				百万				千				円
------	--	--	--	----	--	--	--	---	--	--	--	---

内 訳				年			月分			
	請求給付費名							明細書件数	金額	
	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	
支 給 決 定 障 害 者 氏 名			
支給決定に係る 児童の氏名			

費用の 額計算欄	サービス内容	算定単位 額	算定回数	当月算定額	摘要
	当月費用の額合計				①

利用者負担 額計算欄	費 用 負 担		利用者負担額	摘要
	本 人 分			
	扶養義務者分			
	当月利用者負担額合計			②

当月移動支援事業費請求額①－②	円
-----------------	---

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		:	:			
2		:	:			
3		:	:			
4		:	:			
5		:	:			
6		:	:			
7		:	:			
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						