

記入例

4条関係)

支援事業契約内容

(移動支援サービス費支給決定[変更

修正液は使用不可

【報告日】

サービス開始（変更・終了）日以前の日

平成**24**年 **9**月 **20**日

(宛先)大田区長

事業者番号	1 3 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
事業者及び その事業所の名称 代 表 者	特定非営利活動法人 大田○△ <small>特定非営利活動法人大田○○ 理事長印</small>

下記のとおり、平成**24**年 **10**月 **1**日からの当事業者との契約内容(移動支援サービス費支給決定[変更決定]通知書記載事項)について報告します。

記

報告対象者

受給者番号	2 0 1 2 0 0 × × × ×
支給決定障害者 (保護者)氏名	大田 花子
支給決定に係る 児 童 氏 名	

【契約内容の報告】

当報告書は移動支援に係る事業者と利用者間の契約に**新規・変更・終了**が発生した場合、必ずご提出ください。

契約内容の報告

サービス内容 (利用者負担)	支給量	サービス開始日 (変更・終了)日	理 由
移動支援 利用者負担 (10%・0%)	身体介護 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 32 時間/月	平成 24 年 10 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 新規契約 <input type="checkbox"/> 契約変更 <input type="checkbox"/> 契約終了

【支給量】

「移動支援サービス費支給（変更）決定通知書」に記載された種別（身体介護あり・なし）および決定支給時間の範囲内となります。

※自立支援法障害福祉サービスの通院介助の時間とは別（制度）となるので注意する。

移動支援サービス費の利用者負担上限額の管理の管理を上記事業者に依頼します。
また、上限管理のために、サービスを提供した事業者が上記の事業所にサービスの利用状況等を情報提供することに同意します。

平成**24**年 **9**月 **20**日

住 所 **大田区蒲田○丁目△番×-○○号**

氏 名 **大田 花子**



印