

第4号様式(第4条関係)

## 移動支援サービス利用者負担上限額管理確認書

年 月 日

(宛先) 大田区長 様

事業者番号																				
事業者及び その事業所の名称 代 表 者																				

下記のとおり報告します。

記

年 月分

### 報告対象者

受給者番号	2	0																		
支給決定障害者 (保護者)氏名											支給決定に係る 児 童 氏 名									
支給量	時間		利用者負担 (10%・0%)					利用者負担 上 限 額			円									

### 利用者負担額(上限額)、利用時間数

事業者名	利用者負担額	利用時間数
	円	時間
	円	時間
	円	時間
	円	時間
合 計	円	時間