

記入例

関係)

移動支援サービス利用者負担上限額管理確認書

修正液は使用不可

平成 24年 11月 10日

(宛先) 大田区長 様

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○△

下記のとおり報告します。

記

平成 24 年 10 月分

報告対象者

受給者番号	2 0 1 2 0 0 0 0 0 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	
支給量	32 時間	利用者負担 (10% 0%)	利用者負担 上 限 額 4,600 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
特定非営利活動法人大田○△	4,600 円	12 時間
介護ケアー○○	0 円	4 時間
	円	時間
	円	時間
合 計	4,600 円	16 時間

上限管理者