

移動支援サービス費明細書

受給者番号	
支給決定障害者等氏名	
支給決定に係る障害児氏名	

		年		月分
--	--	---	--	----

事業所番号	
事業者及びその事業所の名称	

	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					
	当月費用の額合計			①	

利用者負担額計算

利用者負担額の内訳	当月算定額	摘要
利用者負担額	②	

当月移動支援サービス費請求額 ①－②	円
--------------------	---

	枚中		枚
--	----	--	---