

記入例

(係)

修正液は使用不可

移動支援サービス費明細書

受給者番号	201210XXXX	平成	2	4	年	1	0	月分
支給決定障害者等氏名	大田 花子	事業所番号	1	3	〇	〇	〇	〇
支給決定に係る障害児氏名		事業者及びその事業所の名称	特定非営利活動法人 大田〇△					

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
	165052	身体無・日中 1.5H	2,900	2	5,800
165055	身体無・日中 3H	5,000	3	15,000	
当月費用の額合計				① 20,800	

【サービス内容】
別紙「移動支援サービス提供実績記録票」に基づき、サービス提供の明細を記入してください。
※記入事項は、サービスコード/身体介護の有無/提供時間帯/提供時間数 となります。

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 2,080 円	負担割合 10%

【摘要】
負担割合を記入する。

【当月算定額】 利用者負担上限額と負担割合計算額と比較し、限度額以内の算定額とする。	サービス費請求額 ①－②	18,720 円
--	--------------	----------

2 枚中 1 枚