移動支援サービス契約内容報告書

　　　年　　　月　　日

（宛先）大田区長

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号（10桁） |  |
| 事業者及びその事業所の名称代　表　者 |  |

移動支援サービスの契約内容について下記のとおり報告します。

記

１　報告対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号（10桁） |  |
| 支給決定障害者（保護者）氏名 |  | 支給決定に係る児　童　氏　名 |  |

２　契約内容の報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給量 | 理　　由 | サービス開始日（変更・終了）日 |
| 身体介護 　あり・　なし　　時間/月 | □ 新規契約□ 契約変更□ 契約終了 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

* 利用者負担額の上限管理の依頼を受けた場合は、下欄に確認を受けてください。

|  |
| --- |
| 支給決定障害者（保護者）記入欄 |
| 移動支援サービス費の利用者負担上限額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、移動支援サービスを提供した事業者が上記の事業者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。 |
| 年　　月　　日 |  |
|  | 住所 |  |
| 氏名 |  |