移動支援サービス費明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | 年 |  | 月分 |
| 受給者番号  （10桁） |  | 事業所番号  （10桁） |  | | | | |
| 支給決定障害者  （保護者）氏名 |  | 事業者及び  その事業所  の名称 |  | | | | |
| 支給決定に係る  児　童　氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス費用の計算欄 | | サービス内容 | | | 単位額 | 回数 | 算定額 |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
| １　サービス費用 | | | | | | |  |
| ２　利用者負担額 | | | | （１）と（２）の少ない方の額  ただし、（３）がある場合は、（３）の額 | | |  |
|  | （１） | | サービス費用の10％の額（1円未満切り捨て） | | | |  |
| （２） | | 利用者負担上限月額 | | | |  |
| （３） | | 上限額管理後の利用者負担額　（ある場合のみ記入する。） | | | |  |
| ３　移動支援サービス費の請求額　（　1―２　） | | | | | | |  |