移動支援サービス利用者負担上限額管理確認書

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利用者負担上限額管理について下記のとおり報告します。

記

１　対象月（サービス提供月）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年 |  | 月分 |

２　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 |  | |
| 利用者負担上限月額 |  | 円 | 支給量 |  | 時間/月 |

３　上限額管理結果

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 | 利用者負担額 | | 利用時間数 | |
|  |  | 円 |  | 時間 |
|  |  | 円 |  | 時間 |
|  |  | 円 |  | 時間 |
|  |  | 円 |  | 時間 |
|  |  | 円 |  | 時間 |
| 合計 |  | 円 |  | 時間 |