

記入例

移動支援費明細書

令和 ○ 年 × × 月分

受給者証番号	い どう
支給決定障害者 (保護者)氏名	明石 三郎
支給決定に係る 児童氏名	

事業所番号	2 8 6 2 9 9 9 9 9
事業者及び その事業所 の名称	特定非営利活動法人 明石市障害福祉センター

費用の 額計 算欄	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要	
	精障 1	4,000	2	8,000		
	精障 1.5	5,900	1	5,900		
	移動グ 1	1,400	1	1,400		
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 障害・者児別、利用時間、個別支援 かグループ支援か分かるように記 載してください。 </div>					
	当月費用の額合計				① 15,300	

利用者負担額 計算欄	利用者負担額の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額 (1割負担)		
	利用者負担額 (負担なし)		0
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 利用者負担が無い場合、0の記 入を忘れずにお願いします。 </div>		
当月利用者負担額合計		② 0	

当月移動支援費請求額 ①-②	15,300円
----------------	---------

1	枚中	1	枚
---	----	---	---