

**< 記載例 >**

地域生活支援事業（移動支援事業） 明細書

利用者番号	
支給決定障がい者等氏名	
支給決定に係る障がい児氏名	

令和		年		月分
----	--	---	--	----

事業所番号	
事業者及びその事業所の名称	

費用の額計算欄	コード	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要
	1011	介護あり 1H	4,000	5	20,000	
	1021	介護あり 6H	12,200	20	244,000	
	当月費用の額合計					264,000

利用者負担額等	利用者負担額等の内訳		当月算定額	摘要
	利用者負担額		18,600	
	当月利用者負担額等合計		18,600	

以前は 額でしたが、請求(額)は、この額になります。

当月移動支援事業請求額	-	245,400 円
-------------	---	-----------

利用者負担(1割)の18,600円を超えた額	自己負担のある利用者で、18,600円を超えた額が発生した時記載して下さい。障がい福祉課の管理上必要となります。	7,800	摘要
------------------------	--	-------	----