



# 記入例

様式第2号(第5条関係)

令和 年 月分 **日中一時支援事業請求明細書兼サービス提供実績記録票**

受給者証番号		支給決定障害者等氏名 (児童氏名)	〇〇 〇〇	事業所名	△△△△△
契約支給量	月	7	回	利用者負担上限額	2,000 円
事業費単価 円	①4時間未満	②4時間以上8時間未満	③8時間以上	送迎サービス 1人1回あたり	550 円
	2,000	4,000	6,000		

日付	曜日	日中一時支援計画			サービス提供時間		算定時間数 時間(A)	事業費単価別(B)		送迎(C)		事業費(D) (B+C)	利用者負担額(E) D×10%	日中一時支援事業費(F) (D-E)	サービス提供者印	利用者印	確認印
		開始時間	終了時間	計画時間数 時間	開始時間	終了時間		①~③ 単価	回数	円							
											時間						
1	火	9:30	16:00	6.5	9:30	16:00	6.50	4,000	1	550	4,550	455	4,095	印	印		
2																	
3																	
4	金	13:00	16:00	3.0	13:00	16:00	3.00	2,000			2,000	200	1,800	印	印		
5																	
6																	
7	月	9:30	15:00	5.5	9:30	15:00	5.50	4,000			4,000	400	3,600	印	印		
8	火	9:30	16:00	6.5	9:30	16:00	6.50	4,000	1	550	4,550	455	4,095	印	印		
9	#																
#	#																
#	#																
#	#																
#	#																
#	火	9:30	16:00	6.5	9:30	16:00	6.50	4,000	1	550	4,550	455	4,095	印	印		
#	#																
#	#																
#	#																
#	#																
#	火	9:30	16:00	6.5	9:30	16:00	6.50	4,000	1	550	4,550	35	4,515	印	印		
#	#																
#	#																
#	金	13:00	16:00	3.0	13:00	16:00	3.00	2,000			2,000	0	2,000	印	印		
#	#																
#	#																
#	#																
#	#																
#	#																
合計							7回		4	####	26,200	2,000	24,200				

事業費単価を記入

回数を入れてください。

この時点で上限額到達しますので、同月中の自己負担は、この日以降ゼロになります。

利用者負担上限額を超えないようにしてください。