

事業所名		支給決定障害者等氏名 (児童氏名)		受給者証番号		契約支給量		利用者負担上限 (月額)				
						月 時間		円				
派遣種別および事業費単価 (1時間1人あたり)		個別1:1 (区分1:1、区分2:2、区分3:3)			グループ 1:2 (4)	グループ 1:3 (5)	移動支援区分					
		1:1600円, 2:1800円, 3:2000円			1200円	1000円						
日付	曜日	行先・目的	開始時間	終了時間	算定時間 (ア)	派遣種別 1~5	単価 (イ)	事業費 (ウ) (ア) × (イ)	利用者負担 (エ) (ウ) × 10%	請求事業費 (ウ) - (エ)	従事者印	利用者印
合計			時間									

契約支給量は必ず記入してください。

自己負担が無い時も「0」を記入してください。

事業所名		支給決定障害者等氏名 (児童氏名)		受給者証番号		契約支給量		利用者負担上限 (月額)				
〇〇〇〇〇		〇〇〇 〇〇		1234567890		月 15 時間		1000 円				
派遣種別および事業費単価 (1時間1人あたり)		個別1:1 (区分1:1、区分2:2、区分3:3)		グループ 1:2(4)	グループ 1:3(5)	移動支援区分						
1:1600円, 2:1800円, 3:2000円				1200円	1000円	1						
日付	曜日	行先・目的	開始時間	終了時間	算定時間 (ア)	派遣種別 1~5	単価 (イ)	事業費 (ウ) (ア) × (イ)	利用者負担 (エ) (ウ) × 10%	請求事業費 (ウ) - (エ)	従事者 印	利用者 印
8	木	〇〇福祉センター・会議	13:00	15:00	2.0	1	1,600	3,200	320	2,880	㊟	㊟
			時間は0.5時間単位で計算してください。 1~14分 0時間 15~44分 0.5時間 45~59分 1時間									
			派遣種別(1~5)と、対応する単価を記入してください。(種別・単価は上の表を参照)									
14	水	〇〇〇・〇〇〇	13:00	14:00	1.0	4	1,200	1,200	120	1,080	㊟	㊟
15	木	〇〇〇・〇〇〇	9:00	17:00	8.0	1	1,600	12,800	560	12,240	㊟	㊟
			この時点で上限額に到達するので、同月中の自己負担はこの日以降ゼロになります。									
23	金	〇〇〇・〇〇〇	16:00	17:00	1.0	4	1,200	1,200	0	1,200	㊟	㊟
			自己負担ゼロの時は「0」を記入してください。									
			自己負担額の上限を超えないようにしてください。									
合計					12.0	時間	18,400	1,000	17,400			

移動支援区分(1~3)を記入してください。

行の全ての項目を記入してください。

すべての合計を記入してください。0の時は「0」と記入してください。

※ 契約支給量を超えた請求は受け付けられません。

※ ただし、総支給量はを超えておらず、事業所間で契約時間の調整を行っている場合のみ「事業所間で調整済み」と、上部の余白に記載してください。(突発的な事情の例外措置です。同様の状況が続く場合は契約の見直しをしてください。)