

# 移動支援サービス提供実績記録票

令和 年 月分

請求区分	移動支援(介護伴わない)		
受給者証番号	.....		
受給者氏名 (児童氏名)	.....		
利用者負担上限月額			円
契約時間		時間	

事業所番号	.....		
事業者名及び事業所名	.....		
電話番号	.....		

**注) 行・列追加および削除禁止。入力欄での切り取り・コピー・貼り付け禁止。**

日付	曜日	行き先(経路)	サービス提供時間			算定時間						利用者 確認欄	
			開始時間	終了時間	提供 時間 数	8時間まで		8時間超		早朝・夜間			算定 時間 数
						コード	数量	コード	数量	コード	数量		
合 計 ( 移動支援(介護伴わない) )													

総費用額	利用者負担金 (上限管理後)	利用者負担上限月額	請求額