

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(介護伴う)	
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						サービス提供者印	利用者確認印	
			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(介護伴う))														

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