

八幡市地域生活支援事業費請求書
【移動支援事業】

八幡市長 様

請求金額			百万			千			円

内 容	令和		年		月分			金額
	請求事業費名					明細書件数	金額	
	合計						0	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

事業者番号		〒 -
請 求 事 業 者	住所 (所在地)	
	電話番号	
	名称	(印)
	職・氏名	

八幡市地域生活支援事業費請求明細書

【移動支援事業】

令和		年		月分	
----	--	---	--	----	--

事業名		事業者番号	
利用者氏名		事業者及びその事業所の名称	
決定に係る児童氏名			

費用の額計算欄	内 容	事業単価 (身体介護有)	事業単価 (身体介護無)	回数	当月算定額 (身体介護有)	当月算定額 (身体介護無)	摘要
		身体介護を伴う					
	当月費用の額合計				0	0	
	当月費用の額合計 × 地域区分単価				①	0	0

当月利用者負担額等合計	当月算定額	
	②	0

当月事業費請求額 ①－②	円
--------------	---

枚中	枚目
----	----

令和 年 月分

移動支援サービス提供実績記録表（八幡市）

利用者番号		利用者（児童氏名）		事業者及びその事業所名
契約利用量	移動支援事業	身体介護を伴う	時間	身体介護を伴わない
利用者負担金	無料 2.5%（該当する方に○）			

日付	曜日	サービス内容	サービス提供時間		算定時間数	派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間					
身体介護を伴う 合計									
身体介護を伴わない 合計									
合計									

八幡市地域生活支援事業費請求書

(移動支援事業 ・ 日中一時支援事業)

八幡市長 様

は記載願います。

請求金額	百万	千	円
	¥	1	6782

内容	令和 2 年 4 月分		
	請求事業費名	明細書件数	金額
	移動支援事業(身体)	1	0
	合計	障がい種別の記載を願います。 身体・知的・精神・児童	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

【お願い】
 ・毎月15日までご提出ください。
 ・明細書・実績記録表を利用者の五十音順で提出いただくと幸いです。

事業者番号		2 2 2 2 2 2 2 2 2
請求事業者	住所(所在地)	〒610-0000 京都市000
	電話番号	075-000-0000
	名称	000福祉サービス (印)
	職・氏名	△△△△

八幡市地域生活支援事業費請求明細書

【移動支援事業】

令和		年		月分
----	--	---	--	----

事業名		事業者番号	
利用者氏名		事業者及びその事業所の名称	
決定に係る児童氏名			

費用の額計算欄	内 容	事業単価 (身体介護有)	事業単価 (身体介護無)	回数	当月算定額 (身体介護有)	当月算定額 (身体介護無)	摘要
		身体介護を伴わない			自己負担あり		
	移動日中2.0	651	335	1	651	335	
	移動日中3.0	813	471	1	813	471	
	当月費用の額合計				1,464	806	
	当月費用の額合計 × 地域区分単価		× 10.60	①	15,518	8,543	

当月利用者負担額等合計	当月算定額	摘要
	②	214

当月事業費請求額 ①－②	8,329円
--------------	--------

は、記載または選択願います。

枚中	枚目
----	----

令和 2年 4月分 移動支援サービス提供実績記録表 (八幡市)

利用者番号	1 - 1 1 1 1 1 1 1	利用者(児童氏名)	八幡 太郎	事業者及びその事業所名	〇〇〇サービス	
契約利用量	移動支援事業		身体介護を伴う	10 時間	身体介護を伴わない	時間
利用者負担金	無料 2.5% (該当する方に○)					

日付	曜日	サービス内容	サービス提供時間		算定時間数	派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間					
2	火	買い物	12:00	14:00	2	1	印	印	
3	水	映画	10:00	13:00	3	1	印	印	
		身体介護を伴う 合計			5				
		身体介護を伴わない 合計							
		合計			5				

簡単に内容をご記入ください。
今後の事業の参考にします。

は記載願います。