

交野市障がい者等通学移動支援事業費明細書

令和		年		月	分
----	--	---	--	---	---

受給者証番号	0	0	0	0	0														
支給決定に係る受給者氏名																			
支給決定に係る児童氏名																			

事業所番号	2	7	2	3	0	1	1	4											
事業者及びその事業所の名称																			

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位額	算定時間	当月算定額	摘要	
	通学移動支援	1,600 円		0 円		
	通学移動支援 二人対応	1,600 円		0 円		
					① 0 円	

利用者負担額等計算欄	利用者負担額等の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額	円	
	当月利用者負担額等合計	② 0 円	

当月通学移動支援事業費請求額 ①-② 0 円