

交野市障がい者移動支援事業費 請求書

(請求先) 交野市長 様

請求金額	十億			百万			千			円

内 訳	令和		年		月分		
	請求給付費名					明細書件数	金額
	移動支援事業					件	円
	合計						円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	2			
請求事業者	住所 (所在地)		〒 -							
	電話番号									
	名称									
	職・氏名									

確認者印

--

交野市障がい者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															

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	2								
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	
	移動支援	2,000 円		円		
	移動支援 二人対応	2,000 円		円		
	時間外加算	500 円		円		
	時間外加算 二人対応	500 円		円		
				① 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 円	

当月移動支援事業費請求額 ①-②	円
------------------	---

交野市障がい者移動支援事業サービス提供実績記録票

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	2			事業所名	
---------	---	---	---	---	---	---	---	--	--	------	--

令和 年 月 利用分

受給者証番号	0	0	0	0					契約支給量	時間/月	枚目/	枚中
支給決定受給者氏名 (児童氏名)									二人対応	<input type="checkbox"/> あり	利用者負担上限額	円/月

日付	外出内容・目的	外出経路 (出発地～行き先～帰着地)	移動支援計画			実際のサービス提供				派遣 人数	サービス提供者 氏名 (フルネーム)	サービス提供者 氏名 (フルネーム)	備考
			開始 時間	終了 時間	計画 時間数	開始 時間	終了 時間	算定時間数	うち 時間外加算 算定時間数				
1			:	:		:	:						
2			:	:		:	:						
3			:	:		:	:						
4			:	:		:	:						
5			:	:		:	:						
6			:	:		:	:						
7			:	:		:	:						
8			:	:		:	:						
9			:	:		:	:						
10			:	:		:	:						
11			:	:		:	:						
12			:	:		:	:						
13			:	:		:	:						
14			:	:		:	:						
15			:	:		:	:						
16			:	:		:	:						
17			:	:		:	:						
18			:	:		:	:						
19			:	:		:	:						
20			:	:		:	:						

上記内容を確認しました。  
※利用月の最終日に確認してください。

利用者確認欄	利用者確認日
	年 月 日

小計			利用者負担額		円
合計			←記録票が複数になる場合は1枚目に記入		

交野市障がい者移動支援事業費 請求書

記入例

(請求先) 交野市長 様

請求金額	十億			百万	千	円
				¥	7	3250

内 訳	令和	X	X	年	Y	Y	月分	
	請求給付費名						明細書件数	金額
	移動支援事業						1件	73,250円
	合計							73,250円

住所(所在地)、名称、職・氏名は、契約書の乙(または委任状)に記載している内容を記入します。請求書の印鑑は、令和6年度より不要です。記載内容確認のため、担当者氏名(フルネーム)をご記入ください。

□ XX 年 ZZ 月 AA 日

請求事業者	管理番号	2	7	2	3	0	1	*	*	*	*
	住所(所在地)	〒 5 7 6 - 0 0 3 4 交野市天野が原町5-5-1									
	電話番号	072-893-6400 (担当者:交野 花子)									
	名称	株式会社 交野介護事業 交野市ヘルパーステーション									
	職・氏名	代表取締役 交野 次郎									

この欄は空白にしてください。  
本市で使います。

確認者印

交野市障がい者移動支援事業費明細書

記入例

令和 XX 年 YY 月 分

受給者証番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9
支給決定に係る受給者氏名	交野 太郎
支給決定に係る児童氏名	サービス提供実績記録票の合計を参考に ご記入ください。

交野市管理番号	2 7 2 3 0 1 * * * *
事業者及びその事業所称	株式会社 交野介護事業 交野市ヘルパーステーション

費用の 額 計 算 欄	サービス内容	算定単位数	算定時間	当月算定額	摘要
	移動支援	2,000 円	19.25	38,500 円	
	移動支援 二人対応	2,000 円	19.25	38,500 円	
	時間外加算	500 円	0.25	125 円	
	時間外加算 二人対応	500 円	0.25	125 円	
				① 77,250 円	

それぞれの算定時間(実績記録票に基づく)を記載してください。未記入と区別するため、0時間の場合は「0」と入力してください。

エクセル形式の場合、太枠内は自動計算されますので、入力不要です。

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	4,000 円	
	当月利用者負担額等合計	② 4,000 円	

その月の利用者負担額を記入してください。上限月額が0円の方は、「0」と入力してください。

当月移動支援事業費請求額 ①-② 73,250 円

記入例

交野市障がい者移動支援事業サービス提供実績記録票

交野市管理番号 2 7 2 3 0 1 2 6 \* \* 事業所名

交野市ヘルパーステーション

令和 XX 年

2人対応の場合は■をご記入ください。

「契約内容(受給者証記載)事項報告書」と同じ時間をご記入ください。  
※契約時間に変更が生じた時は、変更事項を記入してご提出ください。

9 契約支給量 35 時間/月 1 枚目/ 1 枚中

二人対応 ■あり 利用者負担上限額 4,000 円/月

日付	外出内容・目的 (出発地～行き先～帰着地)	開始時間	終了時間	計画時間数	実際のサービス提供		派遣人数	サービス提供者氏名 (フルネーム)	サービス提供者氏名 (フルネーム)	備考			
					開始時間	終了時間					算定時間数	うち時間外加算算定時間数	
1 5	動物園	自宅→〇〇動物園→自宅	8:00	18:15	10.25	8:00	18:15	10.25	0.25	2	交野 次郎	交野 三	
2 7	公園 散歩	自宅→〇〇公園→自宅	9:00	10:00	1.00	9:00	10:00	1.00	0.00	2	交野 次郎	交野 三	
3 12	映画鑑賞、買い物	自宅→〇〇映画館→〇〇百貨店→自宅	10:00	16:00	6.00	10:00	14:00	4.00	0.00	2	交野 次郎	交野 三	
4 15	公園 散歩	自宅→〇〇公園→自宅	10:00	11:00	1.00	10:00	9:45	1.00	0.00	2	交野 次郎	交野 三	
5 18	公園 散歩	自宅→〇〇公園→自宅	9:00	10:00	1.00	9:00	10:00	1.00	0.00	2	交野 次郎	交野 三	
6 18	プール	自宅→いきいきランド→自宅	11:00	13:00	3.00	1:00	13:05	3.25	0.00	2	交野 次郎	交野 三	
7			:	:		:	:						
8			:	:		:	:						
9			:	:		:	:						
10			:	:		:	:						
11			:	:		:	:						
12			:	:		:	:						
13			:	:		:	:						
14			:	:		:	:						
15			:	:		:	:						
16			:	:		:	:						
17			:	:		:	:						
18			:	:		:	:						
19			:	:		:	:						
20			:	:		:	:						
		小計						19.25	0.25		利用者負担額	4,000	円
		合計						19.25	0.25		←記録票が複数になる場合は1枚目に記入		

・算定対象時間帯は18:00～8:00です。  
・0.25時間(15分)単位でご記入ください。

・  の部分は、記入もれにご注意ください。  
・記載間違いは請求担当者の印鑑、または事業所印(簡易的なもので可)でご訂正ください。  
・1時間までのサービス提供は、1.00(1時間)算定し、ご記入ください。  
1.00以後は0.25(15分)単位で算定します。

1ヶ月の利用者負担額の合計をご記入ください。  
(上限額は他事業所含めて4,000円です。)

同日2回以上のサービスを提供された場合、2回目のサービス提供開始時間が1回目のサービス提供時間終了から2時間未満の場合、1回目と2回目のサービス提供時間を合算します。この場合、サービス提供の算定時間は実提供時間で算定します。

利用者様に確認してもらってください。  
(署名または押印)

最終利用日以降の日付をご記入ください。

上記内容を確認しました。  
※利用月の最終日に確認してください。

利用者確認欄 利用者確認日  
令和XX年YY月\*\*日