

交野市障がい者等通学移動支援事業費 請求書

(請求先) 交野市福祉事務所長 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	
	通学移動支援事業					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	1	4		
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																	

交野市管理番号	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	算定単位数	算定時間	当月算定額	摘要
	通学移動支援	2,000 円		円	
	通学移動支援 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	

当月通学移動支援事業費請求額 ①－② 円

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	1	4	事業所名	
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--

令和 年 月 利用分

受給者証番号	0	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	行き先 (出発地→目的地)	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		

記入例

交野市障がい者等通学移動支援事業費 請求書

(請求先) 交野市福祉事務所長 様

請求金額	十億		百万	千	円
			¥	7	60000

令和	X	X	年	Y	Y	月分		
請求給付費名							明細書件数	金額
通学移動支援事業							1件	76,000円
合計								76,000円

住所、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	〒	2	7	2	3	0	1	1	4	*	*
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										

確認者印



交野市障がい者等通学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	交野 花子

交野市管理番号	2 7 2 3 0 1 1 4 * *
事業者及びその事業所の名称	株式会社 交野介護事業 交野市ヘルパーステーション

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。

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
	通学移動支援	2,000 円	40.00	80,000 円	
	通学移動支援 二人対応	2,000 円	0.00	0 円	
	時間外加算	500	0.00	0 円	
	時間外加算 二人対応	500	0.00	0 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」とご入力ください。				エクセル形式の場合、太枠内は自動計算されますので、入力は不要です。	
				① 80,000 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	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ご記入ください。  
上限月額が0円の人は、「0」とご入力ください。

当月通学移動支援事業費請求額 ①-② 76,000 円

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	1	4	*	*	事業所名	交野市ヘルパーステーション		
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---------------	--	--

令和 XX 年 YY 月利用分

受給者証番号	0	0	0	0	0	*	*	*	*	契約支給量	40	時間/月	1	枚目/	2	枚中
支給決定受給者氏名 (児童氏名)	交野 太郎 (交野 花子)									二人対応	<input type="checkbox"/> あり	利用者負担上限額	4000	円/月		

日付	外出内容・目的	行き先 (出発地→目的地)	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	1	登校	自宅→学校	8:00	9:00	1.0	8:00	9:00	1.0	0	1	交野 次郎		
2	1	下校	学校→自宅	15:30	16:30	1.0	15:30	16:30	1.0	0	1	交野 三郎		
3	4	登校	自宅→バス停	8:15	8:30	1.0	10:00	16:00	1.0	0	1	交野 次郎		
4	4	下校	バス停→自宅	15:45	16:00	1.0	15:45	16:00	1.0	0	1	交野 四郎		
5	.			:	:		:	:						
6	.			:	:		:	:						
7	.			:	:		:	:						
8				:	:		:	:						
9				:	:		:	:						
10				:	:		:	:						
11				:	:		:	:						
12				:	:		:	:						
13				:	:		:	:						
14				:	:		:	:						
15				:	:		:	:						
16				:	:		:	:						
17				:	:		:	:						
18				:	:		:	:						
19				:	:		:	:						
20				:	:		:	:						

原本は事業所で保管し、コピーを添付してご提出ください。

・  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。

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。

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。)

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**年*月**日

小計	20.00	0.00	利用者負担額	4,000	円
合計	40.00	0.00	←記録票が複数になる場合は1枚目に記入		