**移動支援費請求書**

請求書の表題は、必ず**「移動支援費請求書」**としてください。

（あて先）八　尾　市　長

敬称不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額金額欄の頭には必ず「￥マーク」を付けてください。 | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  | ￥ | １ | ２ | ０ | ０ | ０ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内　　訳 | 　　　令和元 | 年 |  | ５ | 月分 |  |  |
| 請　求　内　容(障害種別) | 明細書件数 | 金　　額 |
| **移動支援　（身体）** | ６ | 　１２０００ |
| 請求内容は「移動支援」とし、括弧して障害種別を記入。受給者証の障害種別欄に記載の番号１…身体２…知的３…精神１８歳未満は種別に関わらず「児童」です。 |  | 合計金額の記入をお忘れなく。 |
|  |  |  |
| 合　　計 | 　１２０００ |

**請求日欄はすべて空白**

上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

移動支援事業者登録通知書に記載の**「八尾市移動支援登録事業所番号」**を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録**事業所番号 | ８ | ７ | ６ | ５ | ４ | ３ | ２ | １ |
| 請求事業者 | 所在地 | 八尾市本町○―△―□ |
| 電話番号 | ０７２－９２４－３８３８ |
| 法人名 | 社会福祉法人　○×会 |
| 事業所名 | ▽▽介護ステーション |
| 職・氏名 | 理事長　八尾　太郎　　　　　　印　　　　 |

請求事業者欄の記載内容は、債権者登録申請書で登録した情報に合わせてください。

令和元年５月分　　　**移動支援事業サービス提供実績記録票　兼　請求明細書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 支給決定障害者等氏名(児童氏名) | 大阪　花子 | **登録**事業所番号 |
| ８ | ７ | ６ |  |  |  | ２ | １ |
| 契約時間 | 　30時間／月 | 利用者負担額 | 0円/30分 | 利用者負担額上限 | 0円**「八尾市移動支援登録事業所番号」**としてください。 | 法人名及びその事業所 |  |
| 日付 | 曜日 | サービス内容受給者証内容、契約時間等を記入 | サービス提供時間 | 利用者負担額 | サービス提供者印 | 利用者確認印 |
| 開始時間 | 終了時間 | 算定時間数 |
| ７ | 火 | 自宅―近鉄八尾―難波（買物）－近鉄八尾―自宅 | 10：00 | 16：00 | ６ | ０ |  |  |
| ８ | 水 | 自宅―近鉄八尾―長居―プール**（中抜２ｈ）**－長居―近鉄八尾―自宅 | **10：00** | **16：00** | **４** | ０ |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  | **中抜き**を行った場合、①中抜きした時間数をサービス内容に明記、②開始・終了時刻欄は実際の時間通りに記入、③算定時間数欄に中抜き後のサービス提供量を記入。 | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  | 合計算定時間の記入もお忘れなく。 | **：** | **：** |  |  |  |  |
|  |  |  | **：** | **：** |  |  |  |  |
| 合計 |  |  | **10** |  |  |  |
|  　　　報　　酬　　額 | （×）算定時間数 | （－）利用者負担額合計 | （＝）請　　求　　額 |  |  | 枚 |  | 枚中 |
| **\２０００円／時** | **１０時間** | **０円** | **２００００円** |  |  |  |  |  |