

(様式第2)

地域生活支援事業委託料 明細書  
(日中一時支援・移動支援事業)

居宅介護や放課後等デイサービスなど、法定サービスの利用の有無に○をつけてください。

平成		年		月分
----	--	---	--	----

利用決定障害者等氏名	別府 太郎
利用決定に係る障害児氏名	別府 花子
法定サービスの利用の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無

事業者及びその事業所の名称	〇〇事業所
---------------	-------

利用者負担上限月額①	9,300
------------	-------

受給者証に記載の負担上限月額を記入してください。

費用の額計算欄	内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要	
	1102 移動個別1.5	3,100	5	15,500		
	1103 移動個別2.0	4,000	2	8,000		
	1110 移動個別5.5	10,300	1	10,300		
	総費用額			④	33,800	

右のコード表のコードを入力すると内容と算定単位数が自動で入ります。

それぞれの利用回数を記入します。

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
	総費用額(日中一時の送迎を除く)の1割相当額(利用負担額②)	3,380	
	上限管理後の利用者負担額③	3,000	
	決定利用者負担額(①②③の内少ない額)	⑤	3,000

当月市請求額 ④-⑤	30,800 円
------------	----------

上限管理をしている場合は上限管理後の金額を、していない場合は利用者負担額②の金額を記入してください。

	枚中		枚
--	----	--	---