

移動支援事業費 明細書

記入例

令和			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者証番号
支給決定障害者名	

事業者番号
事業者及びその事業所の名称	

この部分に契約締結後送付する貴社の事業所番号(大和高田市独自)をご記入ください。

費用の額計算欄	サービス内容 ()障害者()型	算定単位数	算定回数		
		身体[視覚]障害者 I型	1,600	3	4,800
	身体[視覚]障害者 I型	2,400	2	4,800	
	身体[視覚]障害者 I型	4,500	1	4,500	
	身体[視覚]障害者 I型	5,900	1	5,900	
当月費用の額合計				①	20,000
利用者負担額				②	2,000
当月移動支援事業費 請求額(①-②)					18,000