

交野市障がい者等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	算定単位数	算定時間	当月算定額	摘要
	移動支援	1,800 円		円	
	移動支援 二人対応	1,800 円		円	
	時間外加算	448 円		円	
	時間外加算 二人対応	448 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