

交野市日中一時支援事業費 請求書

(請求先) 交野市長 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	
	日中一時支援事業					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	2	5		
請求事業者	住所 (所在地)		〒 -							
	電話番号									
	名称									
	職・氏名									

確認者印

--

交野市日中一時支援事業費明細書

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 5
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	算定回数	当月算定額	摘要
	日中一時支援2時間未満	2,000 円		円	
	日中一時支援2時間以上4時間未満	3,000 円		円	
	日中一時支援4時間以上6時間未満	4,000 円		円	
	日中一時支援6時間以上	5,000 円		円	
	送迎加算	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	

当月日中一時支援事業費請求額 ①-② 円

令和 年 月分 交野市日中一時支援事業サービス提供実績記録票

受給者証番号	受給者氏名 (児 童 氏 名)										交野市管理番号				
	2	7	2	3	0	1	2	5							
決定支給量	日/月										事業者及び その事業所 の名称				
利用者負担額	2時間未満	200円		2時間以上 4時間未満	300円										
	4時間以上 6時間未満	400円		6時間以上	500円										

日付	曜日	開始時間	終了時間	送迎回数	算定時間数	算定日数 4時間未満「0.5日」 4時間以上「1日」	利用者負担額	利用者確認欄	備考欄
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
合 計									

R7.4 交野市

	枚中		枚目
--	----	--	----

令和 年 月分 交野市日中一時支援事業サービス提供実績記録票

受給者証番号	受給者氏名 (児 童 氏 名)										交野市管理番号				
	2	7	2	3	0	1	2	5							
決定支給量	日/月										事業者及び その事業所 の名称				
利用者負担額	2時間未満	0円		2時間以上 4時間未満	0円										
	4時間以上 6時間未満	0円		6時間以上	0円										

日付	曜日	開始時間	終了時間	送迎回数	算定時間数	算定日数 4時間未満「0.5日」 4時間以上「1日」	利用者負担額	利用者確認欄	備考欄
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
合 計									

記入例

交野市日中一時支援事業費 請求書

(請求先) 交野市長 様

請求金額	十億			百万	千	円
				¥	2	9
					1	0
						0

内 訳	令和	X	X	年	Y	Y	月分
	請求給付費名			明細書件数		金額	
	日中一時支援事業			2 件		29,100 円	
						29,100 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。

XX 年 ZZ 月 AA 日

請求事業者	理番号	2	7	2	3	0	1	2	5	*	*
	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 交野デイサービスセンター									
	職・氏名	代表取締役 交野 次郎									

この欄は空白に
してください。
本市で使います。

確認者印

記入例

交野市日中一時支援事業費明細書

令和 xx 年 zz 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 2 5 * *
事業者及びその事業所の名称	株式会社 交野介護事業 交野デイサービスセンター

費用の額計算欄	サービス内容	算定単価	算定回数	当月算定額	摘要
	日中一時支援2時間未満	2,000 円	1	2,000 円	
	日中一時支援2時間以上4時間未満	3,000 円	1	3,000 円	
	日中一時支援4時間以上6時間未満	4,000 円	1	4,000 円	
	日中一時支援6時間以上	5,000 円	1	5,000 円	
	送迎加算	500 円	3	1,500 円	
				① 15,500 円	

それぞれの算定回数(実績記録票に基づく)をご記入ください。未記入と区別するため、0回の場合でも「0」とご記入ください。

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	1,400 円	
	当月利用者負担額等合計	② 1,400 円	

その月の利用者負担額を記入ください。上限月額が0円でも、「0」とご記入ください。

当月日中一時支援事業費請求額 ①-② 14,100 円

