

交野市障がい者等通学移動支援事業費 請求書

(請求先) 交野市福祉事務所長 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
	通学移動支援事業							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	1	4		
請求事業者	住 所 (所在地)	〒 -								
	電話番号									
	名 称									
	職・氏名									

交野市障がい者等通学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	1	4				
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	算定単位額	算定時間	当月算定額	摘要
	通学移動支援	1,800 円		円	
	通学移動支援 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	

当月通学移動支援事業費請求額 ①－② 円

交野市障がい者等通学移動支援事業サービス提供実績記録票

交野市管理番号

27230114

事業所名

令和 年 月利用分

受給者証番号

00000

契約支給量

時間/月

枚目/

枚中

支給決定受給者氏名
(児童氏名)

二人対応

☐ あり

利用者負担上限額

円/月

日付	外出内容・目的	行き先 (出発地→目的地)	移動支援計画			実際のサービス提供				派遣 人数	サービス提供者 氏名 (フルネーム)	サービス提供者 氏名 (フルネーム)	備考
			開始 時間	終了 時間	計画 時間数	開始 時間	終了 時間	算定時間数	うち 時間外加算 算定時間数				
1			:	:		:	:						
2			:	:		:	:						
3			:	:		:	:						
4			:	:		:	:						
5			:	:		:	:						
6			:	:		:	:						
7			:	:		:	:						
8			:	:		:	:						
9			:	:		:	:						
10			:	:		:	:						
11			:	:		:	:						
12			:	:		:	:						
13			:	:		:	:						
14			:	:		:	:						
15			:	:		:	:						
16			:	:		:	:						
17			:	:		:	:						
18			:	:		:	:						
19			:	:		:	:						
20			:	:		:	:						

上記内容を確認しました。
※利用月の最終日に確認してください。

利用者確認欄

利用者確認日

年 月 日

小計

利用者負担額

円

合計

←記録票が複数になる場合は1枚目に記入

(R7.4 交野市)

記入例

交野市障がい者等通学移動支援事業費 請求書

(請求先) 交野市福祉事務所長 様

請求金額	十億			百万	千	円
				¥	6	8000

内 訳	令和	X	X	年	Y	Y	月分			
	請 求 給 付 費 名							明細書件数	金 額	
	通学移動支援事業							1 件	68,000 円	
	合 計								68,000 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。
記載内容確認のため、担当者氏名(フルネーム)をご

口 XX 年 ZZ 月 AA 日

請求事業者	里番号	2	7	2	3	0	1	1	4	*	*
	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 交野市ヘルパーステーション									
	職・氏名	代表取締役 交野 次郎									

交野市障がい者等通学移動支援事業費明細書

記入例

令和 XX 年 YY 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 1 4 * *
事業者及びその事業所の名称	株式会社 交野介護事業 交野市ヘルパーステーション

サービス提供実績記録票の合計を参考に
ご記入ください。

費用の 額計 算欄	サービス内容	算定単位額	算定時間	当月算定額		摘 要
	通学移動支援	1,800 円	40.00	72,000	円	
	通学移動支援 二人対応	1,800 円	0.00	0	円	
	時間外加算	448	0.00	0	円	
	時間外加算 二人対応	448	0.00	0	円	
	① 72,000 円					

それぞれの算定時間(実績記録票に基づく)を記載してください。未記入と区別するため、0時間の場合は「0」とご入力ください。

エクセル形式の場合、太枠内は自動計算されますので、入力は不要です。

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
	利用者負担額	4,000	円	
	② 4,000 円			
	当月利用者負担額等合計	4,000	円	

その月の利用者負担額をご記入ください。
上限月額が0円の人は、「0」とご入力ください。

当月通学移動支援事業費請求額 ①－②

68,000 円

交野市管理番号	2	7	2	3	0	1	1	4	*	*	事業所名	交野市ヘルパーステーション		
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---------------	--	--

令和 XX 年 YY 月利用分

受給者証番号	0	0	0	0	0	*	*	*	*	契約支給量	40	時間/月	1	枚目/	2	枚中
支給決定受給者氏名 (児童氏名)	交野 太郎 (交野 花子)									二人対応	☐ あり	利用者負担上限額 円/月				

日付	外出内容・目的	行き先 (出発地→目的地)	移動支援計画			実際のサービス提供				派遣 人数	サービス提供者 氏名 (フルネーム)	サービス提供者 氏名 (フルネーム)	備考
			開始 時間	終了 時間	計画 時間数	開始 時間	終了 時間	算定時間数	うち 時間外加算 算定時間数				
1	1	登校	8 : 00	9 : 00	1.0	8 : 00	9 : 00	1.0	0	1	交野 次郎		
2	1	下校	15 : 30	16 : 30	1.0	15 : 30	16 : 30	1.0	0	1	交野 三郎		
3	4	登校	8 : 15	8 : 30	1.0	10 : 00	16 : 00	1.0	0	1	交野 次郎		
4	4	下校	15 : 45	16 : 00	1.0	15 : 45	16 : 00	1.0	0	1	交野 四郎		
5	・		:	:		:	:						
6	・		:	:		:	:						
7	・		:	:		:	:						
8			:	:		:	:						
9			:	:		:	:						
10			:	:		:	:						
11			:	:		:	:						
12			:	:		:	:						
13			:	:		:	:						
14			:	:		:	:						
15			:	:		:	:						
16			:	:		:	:						
17			:	:		:	:						
18			:	:		:	:						
19			:	:		:	:						
20			:	:		:	:						

原本は事業所で保管し、コピーを添付して
ご提出ください。

- ・ の部分は、記入もれにご注意ください。
- ・記載間違いは請求担当者の印鑑、または事業所
印(簡易的なもので可)でご訂正ください。
- ・1時間までのサービス提供は、1.00(1時間)算定し、
ご記入ください。
1.00以後は0.25(15分)単位で算定します。

利用者様に確認して
もらってください。
(署名または押印)

最終利用日以降の日付をご記入ください。

1ヶ月の利用者負担額の合計をご記入ください。
(上限額は他事業所含めて4,000円です。)

上記内容を確認しました。
※利用月の最終日に確認してください。

利用者確認欄	利用者確認日
	令和**年*月**日

小計	20.00	0.00	利用者負担額	4,000	円
合計	40.00	0.00	←記録票が複数になる場合は1枚目に記入		