【記載例】

※太枠セルが必須入力箇所ですので、遺漏なきようお願いします。

移動支援事業明細書

提供月及び請求月をご記載ください

提供月：	令和　3　年　3　月
請求月：	令和　3　年　4　月

受給者証をご確認いただき、受給者番号（10桁）及び氏名を必ずご記載ください

受給者番号（10桁）	0000000011
支給決定障害者（保護者）氏名	松戸　太郎
支給決定に係る児童氏名	－

事業所番号（10桁）	1212400001
事業所名	松戸介護事業所

付番されている事業所番号（10桁）及び事業所名を必ずご記載ください

別紙サービスコード表を確認いただき、該当サービスコードを入力すると「サービス内容」「単位数」が自動入力されます。その後算定回数を入力すると「算定単位数」が自動計算されます。

給付費明細欄

サービスコード	サービス内容	単位数	算定回数	算定単位数	摘　要
3111	社会参加支援(身体介護あり)日中0．5	255	5	1,275	
3131	社会参加支援(身体介護あり)日中3．0	833	3	2,499	
3199	社会参加支援(身体介護あり)早朝1．0	503	2	1,006	
3204	社会参加支援(身体介護あり)早朝1．5･2人	730	3	2,190	
3447	社会参加支援(身体介護あり)日中1．0･夜間1．0	732	6	4,392	

※サービスコードが10以上になる場合、2枚目を作成いただくようお願いします

請求額集計欄

当月給付単位数合計	11362	
単位数単価	10.6	円／単位
総費用額	120,437	※少数点以下切り捨て
給付率	90／100	
市町村請求額	108,393	円 ※少数点以下切り捨て
利用者負担額	12,044	円

事業所が所在する市町村の地域区分に応じた単価を記載してください

「当月給付単位数合計」に「単位数単価」を乗じて「総費用額」を算出してください（※小数点以下切り捨て）

利用者負担上限月額がある方は「90/100」、ない方は「100/100」とご記載ください

総費用額に給付率を乗じた金額をご記載ください。利用者負担額がある方で少数点以下が出る方は、小数点以下を切り捨てた金額をご記載ください。

総費用額から市町村請求額をひいた金額をご記載ください