第５号様式（第25条関係）

移動支援サービス費明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  | 年 |  | 月分 |
| 受給者番号  （10桁） |  | 事業所番号  （10桁） |  | | | | |
| 支給決定障害者  （保護者）氏名 |  | 事業者及び  その事業所  の名称 |  | | | | |
| 支給決定に係る  児　童　氏　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス費用の計算欄 | | サービス内容 | | | 算定単位 | 回数 | 当月算定単位 |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
| １　当月算定単位の合計① | | | | | | |  |
| ２　総費用額（①×11.2）※小数点以下切り捨て | | | | | | |  |
| ３　利用者負担額 | | | | **（１）と（２）の少ない方の額**  **ただし、（３）がある場合は、（３）の額** | | |  |
|  | （１） | | 総費用額の10％の額（1円未満切り捨て） | | | |  |
| （２） | | 利用者負担上限月額 | | | |  |
| （３） | | 上限額管理後の利用者負担額　（ある場合のみ記入する。） | | | |  |
| ４　公費負担額（　２－３　） | | | | | | |  |