

江戸川区
障害者移動支援事業 請求の手引き



江戸川区 福祉部 障害者福祉課 庶務係

平成25年11月版

請求事務にあたって

1. 請求書類は正しく、漏れなく、順序正しく作成できましたか？
2. 請求期限の確認はできていますか？書類は整いましたか？
3. 利用契約を締結するとき。
 - ・受給者証への記入をしましたか？
 - ・契約内容報告書を区に提出しましたか？
4. 利用者負担の上限額管理が発生したと区から連絡があったとき。
 - ・利用者負担額の訂正、書類の作成は正しくできましたか？
 - ・請求書、明細書の差替えを区に提出しましたか？
5. 利用者に領収書を発行するとき。
 - ・移動支援と実費分の額がわかりやすく記載されていますか？
 - ・自己負担のない方への領収書も発行できていますか？

請求事務を円滑に進めるためにも、「請求の手引き」の内容を参考に正しい請求をこころがけましょう。

目 次

1	請求に必要な書類について	1
	（1）提出書類	1
	（2）請求関係書類の並べ方について	1
	（3）提出書類の書き方について	2
2	請求事務について	4
	（1）請求期限・支払期限	4
	（2）請求の流れ	4
3	契約内容について	5
	（1）提出書類について	
	（2）提出の流れ	6
	（3）留意事項	6
4	利用者負担の上限管理について	7
	（1）上限管理方法について	7
	（2）利用者負担額の請求と領収書について	8
5	領収書の発行について	8
	（1）利用者への請求	8
	（2）領収書の発行	8
	（3）領収書作成例	8
6	様式集	9
	（1）請求書（様式第24号）	9
	（2）明細書（様式第25号）	10
	（3）サービス提供実施記録票（様式第21号）	11
	（4）契約内容報告書（様式第20号）	12
	（5）領収書	13

1 請求に必要な書類について

(1) 提出書類

① 請求書 (様式第24号)

金額… 金額は捨印での訂正ができません。記入間違いがないようにお願いします。

事業所名… 住所、代表者、事業所名すべて契約書と同じ内容を記載してください。

変更がある時は、手続きが必要ですので、必ずご連絡ください。

② 明細書 (様式第25号)

金額を訂正する場合、差替えが必要です。正しい算定を行ったうえ提出をお願いします。

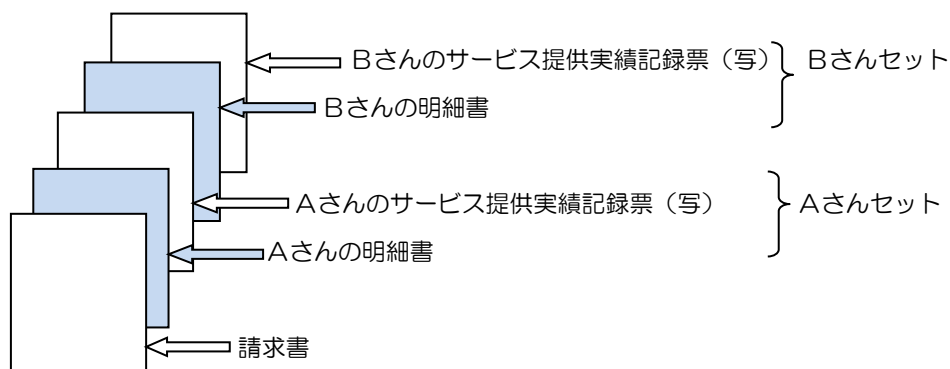
③ 実績記録票 (様式21号)

利用者確認印・サービス提供責任者印の押印忘れ、サービス実績の記載漏れがないか

を確認の上、必ずコピーを提出してください。

(2) 請求関係書類の並べ方について

提出するときは請求書 (様式第24号) を先頭にして、利用者ごとに明細書 (様式第25号)、サービス提供実績記録票 (様式第21号) の順に並べてください。ホチキス留めはしないでください。



※契約内容報告書 (様式第20号) を同封する場合は、契約内容報告書を先頭にする。

(書類の間に挟まない)

【請求書類提出先】

〒132-8501

江戸川区中央1-4-1 江戸川区役所
障害者福祉課 庶務係 移動支援担当者 宛

【問い合わせ先】

電話：03(5662)0054

FAX：03(3656)5874

年度により担当者が変わりますので、宛名は担当個人名ではなく、移動支援担当者として提出してください。

(3) 提出書類の書き方について

※ 書き方については、様式集（P9～10）も参考にしてください。

① 請求書（様式第24号）の書き方

(様式第24号)

記載例 地域生活支援事業費 請求書
(移動支援：地域活動支援センターⅡ型・Ⅲ型：日中一時支援)

(請求先) 江戸川区長 殿

①

請求金額	十億	百万	千	円
		¥	1 0 8 7 2 0	

内 訳	平成	25	年	4	月分
	請求給付費名		明細書件数	金額	
	移動支援		2	108,720	
	合 計			108,720	

上記のとおり請求します。 平成 年 月 日

③

事業所番号	9	9	1	2	3	4	5	6	7	8
住所 (所在地)	〒									
	江戸川区中央〇-△-□									
	電話番号									
請求事業者 名称										
	代表取締役 △△ △△ 印									

④

債権者コード 9 9 9 9 9 9 9

契約書・口座振替依頼書
と同じ内容であること

- ① ¥マークを入れる。
- ② 内訳は1行でも合計欄に記入する。
- ③ 捨印（代表者印）を押す。
- ④ 債権者コードのある事業者は記入する。

② 明細書（様式第25号）の書き方

(様式第25号)

記載例 地域生活支援事業費 明細書
(移動支援：地域活動支援センターⅡ型・Ⅲ型：日中一時支援)

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
支給決定障害者等 氏名	〇〇 〇〇									
支給決定に係る 障害児氏名	〇〇 ××									
障害程度区分										

利用者負担上限月額(A)	4,600	円
--------------	-------	---

事業所番号	9	9	1	2	3	4	5	6	7	8
事業者及び その事業所の 名称	(株)△△ △△ヘルパーセンター									
地域区分	特別区									

サービス内容	サービスコード	単位数	月数	サービス単位数	摘要
初回加算	166020	200	1	200	
緊急時対応加算	166025	100	1	100	
移動(介あり)日中180	161131	833	1	833	
移動(介あり)日中300	161147	1,165	1	1,165	
移動(介あり)早朝60・日中120	161395	934	1	934	
移動(介あり)日中増120	161839	332	1	332	
移動(介あり)日中60・夜間120 3級	161457	659	1	659	
移動(介あり)日中60	161115	402	1	402	
移動(介あり)日中60 2人	161116	402	1	402	
特定事業所加算Ⅱ	166011	473	1	473	
当月	合計			① 5,500	

請求額等 明細欄	総費用額	① × 単位数単価(10.9)円/単位	② 59,950 (端数切捨て)
	請求額	② × 給付率 10%	5,995 (端数切捨て)
	利用者負担額	1割相当額と(A)を比べて少ない数	③ 4,600
		上限額管理後利用者負担額 (管理した時のみ記入)	③'

②

③

当月地域生活支援事業費請求額 ②-③又は③' 56,950 円

枚中 枚

- ① 利用者負担上限額を間違いなく記入する。
- ② 単位数単価は地域区分により単価が違う為、地域区分を確認の上記入する。
- ③ 上限管理が発生した場合記入する。

※受給者番号、事業所番号の間違いがないように必ず確認してください。

③ サービス提供実績記録票（様式第21号）の書き方

書き間違いや書き忘れが見られます。請求の根拠となる重要な書類ですのでサービス実施記録と合わないところがないか、提出前に丁寧に再確認を行ってください。

特に気をつけてほしいこと

- ・ 請求し忘れていない日はないか？
- ・ キャンセル分まで請求していないか？
- ・ 他のサービスの提供時間は含まれていないか？
- ・ 開始時間・終了時間は間違っていないか？

※ 算定方法について質問が多い事項について

(ア) 「日中+夜間」等の組み合わせコードと「〇〇増分」

① 組み合わせコードはサービス提供開始から3時間の間に時間帯が他の時間帯を跨ぐときに使う。(介護なしの場合は開始から1.5時間)

ケース1：16:00～19:00 日中120夜間60

② 3時間を超える部分については、「〇〇増分」コードを使う。

ケース2：16:00～20:00 日中120夜間60、夜間増分60

③ 3時間を超えていても時間帯を跨いでいない場合は「〇〇増分」は使わない。跨いだところから用いる。

ケース3：14:00～18:00 日中240

ケース4：14:00～19:00 日中240、夜間増分60

(イ) 最小単位30分の中で時間帯を跨いだ場合の算定

当該30分のうち多いほうの時間帯で算定する。それぞれの時間帯が15分の場合は、当該30分の開始時刻が属する時間帯により算定する。

ケース5：7:40～8:10 早朝30

ケース6：7:45～8:15 早朝30

15分ずつの場合は、開始時刻の時間帯とする

ケース7：7:50～8:20 日中30

(様式第21号)

記載例		支給決定障害者等氏名		〇〇〇〇		事業所番号									
番	分	(障害児氏名)		〇〇 × ×		9	9	1	2	3	4	5	6	7	8
サービス内容及び 契約支給量	介護なし 時間/月	介護あり 25 時間/月		事業者及び その事業所の名称		(株)△△ △△ヘルパーセンター									
日付	曜日	サービス提供時間		算定時間	確認 欄	派遣 人数	サービス 担当者名	利用者 確認印	備考						
2	土	9:00	12:00	3		1	初回加算を算定した		初回加算						
5	火	7:00	12:00	5		1			緊急時対応加算を算定した日に記載する。						
7	木	9:00	12:00	5		1			緊急時対応加算						
		時間帯を跨いでいる。算定は早朝60日中120と日中増120に分ける。				1									

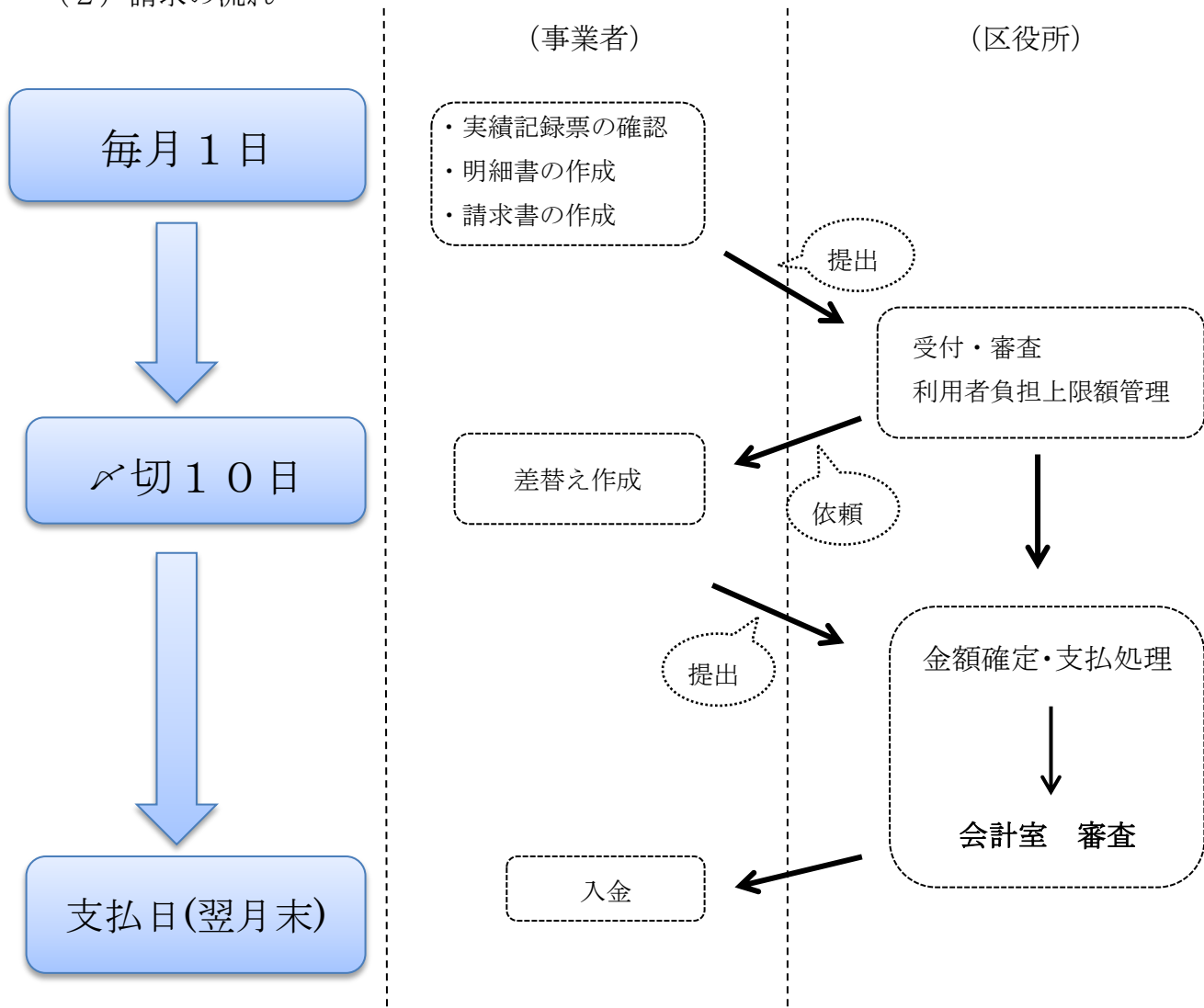
2 請求事務について

請求書類がそろい次第、請求期限までに原則郵送での提出をお願いします。

- (1) 請求期限 サービス提供月の翌月10日
* 10日が閉庁日である時は直後の開庁日
* 10日以前に提出いただいても構いません。

支払期限 請求月の翌月末を期限とし、お支払いします。
ただし、請求内容に疑義が生じている場合はその限りではありません。

(2) 請求の流れ



請求書の提出後、正しく算定されているか、記入漏れがないか確認を行い、算定違い等見られた場合は差替を依頼します。正しい請求書・明細書・実績記録票がそろった時点で請求金額の確定となり、支払いの処理に進みます。支払処理は、ほとんどの事業所の金額が確定した段階でほぼ一括で行います。算定間違いがあることで他事業所にも影響が出てくる場合もあるので、円滑に支払処理を進められるよう請求書等の作成には十分気を付けてください。

3 利用契約の締結にともなう手続き

利用者との契約にあたり、新規・変更・終了の際、受給者証の確認・記入と共に区へ契約内容報告書（様式20号）の提出をお願いします。

(1) 提出書類について

【新規契約の場合】

利用者から受給者証の提示を受け、移動支援の支給決定を受けていること、支給決定期間内であることを確認してください。契約をしたら、受給者証の事業者記入欄の記入を行い、その後、契約内容報告書（様式第20号）の新規契約欄に記入した上で速やかに区へ提出してください。なお、契約支給量は決定支給量を超えてはいけません。他事業所の利用がある場合は気をつけてください。

【契約変更の場合】

受給者証を確認し、事業者記入欄への記入を行い、契約内容報告書の契約変更欄に、前の契約終了日、終了月中の既提供量、新たな契約開始日、新しい契約支給量等を記入の上速やかに区へ提出してください。特に、他事業所の利用がある場合は、契約量が決定支給量超過にならないよう受給者証を必ずご確認ください。

【契約終了の場合】

利用者との契約が終了となった場合は、受給者証の事業者記入欄の記入と共に、契約内容報告書の終了欄に終了日・サービス提供終了月中の既提供量を記入した上で速やかに区へ提出してください。

《受給者証 記入例》

移動支援事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称	○ △ × 事業所	
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 25時間 分	□
	契約日	平成 25年 4月 1日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 25年 6月 30日	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	18時間 分	□	
2	事業者及びその事業所の名称	○ △ × 事業所	
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 20時間 分	□
	契約日	平成 25年 7月 1日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 25年 11月 30日	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	20時間 分	□	

① 新規契約

② 契約変更

*前の契約を終了させた後
変更後の契約事項を記入。

③ 契約終了

《契約内容報告書（様式第20号） 記入例》

(様式第20号)

記載例 (身体障害者 知的障害者 精神障害者 児童)

地 移動支援 契約内容(地域生活支援事業受給者証記載事項)報告書

報告日 平成 年 月 日

〒132-8501
江戸川区中央1-4-1
江戸川区長 殿

事業所番号 9912345678
○事業者及び事業所の名称 (株)△△ △△ヘルパーセンター
○代表者名 △△ △△
○電話番号 (03)1234-5678

下記のとおり当事業者との契約内容(地域生活支援事業受給者証記載事項)について報告します。

報告対象者
地域生活支援事業受給者番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

支給決定障害者(保護者)氏名 ○○ ○○ 支給決定に係る児童氏名 ○○ ××

【新規契約の報告】

記入欄番号	サービス内容	契約支給量	契約日
1	移動支援介護あり	25 時間/月	平成 25 年 4 月 1 日

【契約変更の報告】

前の契約量での提供終了日① 新たな契約量で契約した日②	①月中の既提供量	新たな契約内容		契約支給量
		記入欄番号	サービス内容	
平成 25 年 6 月 30 日	18 時間	2	移動支援介護あり	20 時間/月
平成 25 年 7 月 1 日				
平成 年 月 日				

【契約終了の報告】

記入欄番号	サービス提供終了日	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量
2	平成 25 年 11 月 30 日	20 時間

*記載例は1枚にまとめましたが、変更の場合は変更欄のみ、終了の場合は終了欄のみ記入ください。

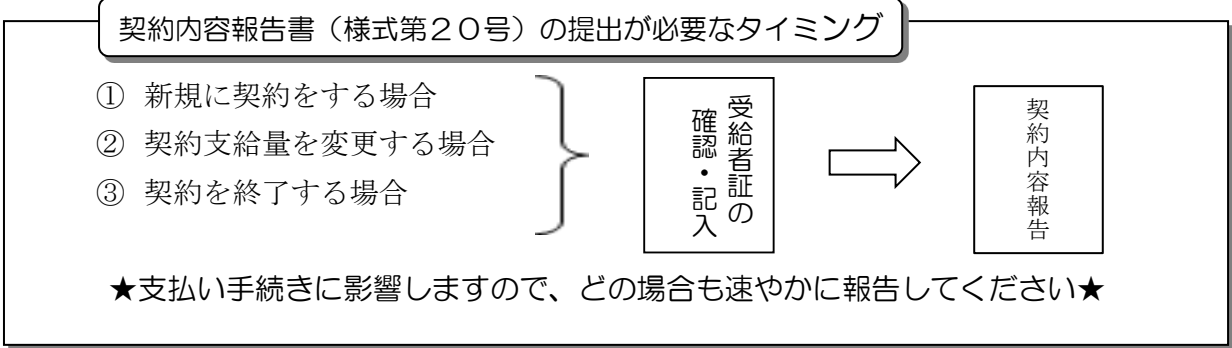
※書き方については、様式集(P12)も参考にしてください。

① 新規契約
(例:4/1から25時間の契約をした場合)

②契約変更の時はこの欄に記入する。
(例:4/1に結んだ25時間の契約を、7/1から20時間に変更した場合)

③契約終了の時はこの欄に記入する。
(例:7/1からの20時間の契約を、11/30で終了した場合)

(2) 提出の流れ



(3) 留意事項

※支給決定有効期間の更新があっても、移動支援の支給決定内容及び、貴事業所との契約内容に変更がなければ、契約内容報告書の再提出は必要ありません。

ただし、障害児の利用者が18歳を迎えた時は、支給決定時の取り扱いが児童から成人に切り変わる為、受給者番号が変わります。この場合は、児童の番号での契約終了報告書と成人の番号での新規契約報告書の提出をお願いします。

※新規契約報告書が提出されたときに、他事業所と契約中で契約量の合算が決定支給量を上回ってしまった場合、関係する事業所に連絡をし、内容確認や変更・終了報告書の提出依頼をしています。毎月の請求期間にこの作業が多く発生してしまうと支払いの審査処理がスムーズに行われず、全体の支払日の遅れにつながりますので、契約量が減る場合・終了された場合は忘れずに提出していただくようお願いします。

4 利用者負担の上限管理について

居宅介護等の国保連請求分は事業所が上限管理を行いますが、移動支援の請求については区が調整を行います。

(1) 上限管理方法について

請求書の提出が早い事業所から利用者負担額が確定し、調整が発生した事業所に対して金額の訂正と差替えを依頼しています。

【例】

利用者負担上限月額：4,600円 の利用者がA事業所・B事業所を利用した場合。

(A事業所) 11月8日提出

請求額等 明細欄	総費用額	① × 単位数単価(10.9)円/単位	②	42,600 (端数切捨て)
	請求額	② × 給付率 10%		4,260 (端数切捨て)
	利用者負担額	1割相当額と(A)を比べて少ない数	③	4,260
		上限額管理後利用者負担額 (管理した時のみ記入)	③'	340

(②－③) **請求金額 38,340円**

(B事業所) 11月10日提出

請求額等 明細欄	総費用額	① × 単位数単価(10.9)円/単位	②	38,600 (端数切捨て)
	請求額	② × 給付率 10%		3,860 (端数切捨て)
	利用者負担額	1割相当額と(A)を比べて少ない数	③	3,860
		上限額管理後利用者負担額 (管理した時のみ記入)	③'	340

A事業所が4,260円先にとっている為、上限月額から4,260円を引いた金額が負担額となる。

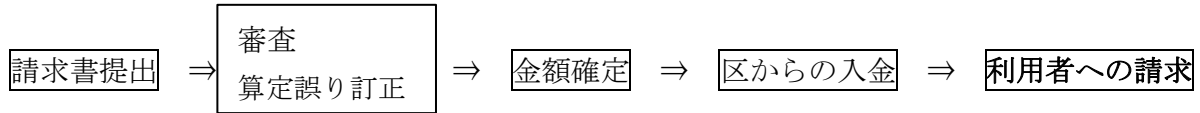
(②－③') **請求金額 38,260円**

この場合、利用者負担額の調整が発生したB事業所に連絡し、上限額管理後利用者負担額をお知らせします。B事業所は再計算をし、請求書(様式第24号)を明細書(様式第25号)と共に差替えを区へ提出します。

5 領収書の発行について

(1) 利用者への請求

区の審査の結果、利用者負担額が変わることがあります。金額確定を確認したうえで、利用者
に請求してください。



(2) 領収書の発行

利用者に対しては、以下の金額を明らかにした領収書を発行してください。

領収書は、金銭のやり取りを书面化することでトラブルを防ぐとともに、移動支援にかかる
費用全体を利用者に示す趣旨から、利用者負担額 0 円の方を含むすべての利用者に発行してく
ださい。

<領収書の記載項目>

ア 区から受領した委託料（給付費）と利用者負担額

【内訳】総費用額、1割相当額、利用者負担上限、利用者負担額

イ 実費請求分（食費、交通費など）

(3) 領収書作成例

書式は各事業所で用意されたもので対応していただいて構いませんが、上記②で記載したとお
り、移動支援の負担額と自費分の内訳が分かる書式を使用してください。

発行日：平成〇〇年〇月〇〇日

記載例

領 収 書

利用者（利用保護者）様

利用者（利用児童）名 受給者番号： 1000000000
平成〇〇年〇月分 領収金額： 3,540円

（内訳）
<A> 移動支援利用者負担額 3,000円 移動支援の明細表を参考に、内訳を記載します。

利用者負担額算出内訳	対象月単位合計※	5,500単位	①	
	総費用額	①×単位数単価(10.91円/単位)	56,950円	②
	1割相当額	総費用額(②)×10%	5,695円	③
	利用者負担上限		4,600円	④
	利用者負担額	1割相当額(③)と(④)を比べて小さい額	4,600円	⑤
	上限額管理後利用者負担額 (管理した時のみ記入)	3,000円		

** 実費相当分 540円**

内訳	交通費	420円
	飲料代	120円

平成〇〇年〇月〇日
上記のとおり領収いたしました。

※対象月単位合計の内訳については、利用明細書を事業所で保管しておりますので、必要な方は申し出てください。

江戸川区100-100
NPO法人えどがわ
えどがわ事業所
電話 03-5000-5000

印

※書き方については、様式集（P13）も参考にしてください。

6 様式集

(1) 請求書 (様式第24号)

(様式第24号)

記載例

地域生活支援事業費 請求書
 (移動支援:地域活動支援センターⅡ型:日中一時支援)

(請求先) 江戸川区長 殿

請求金額			百万	千				円
	¥	1	0	8	7	2	0	

	平成	2	5	年	4	月	分
内 訳	請求給付費名		明細書件数		金額		
	移動支援		2		108,720		
					合計欄も記入する		
	合 計				108,720		

上記のとおり計 日付は入れない 平成 ~~年~~ ~~月~~ ~~日~~

捨印(代表者印)を押印してください。

	事業所番号	9	9	1	2	3	4	5	6	7	8
契約書・口座振替依頼書 と同じ内容であること	請求事業者	〒 記入する (所在地)									
	電話番号										
	名	代表者印は、代表者名の末尾に重ねるように押してください。									
	職・氏名	代表取締役 △△ △△ 印									

債権者コード	9	9	9	9	9	9
--------	---	---	---	---	---	---

記入する

【取扱先】江戸川区 障害者福祉課 庶務係

- 9 -

記載例

地域生活支援事業費 明細書
(移動支援:地域活動支援センターⅡ型:日中一時支援)

平成 2 5 年 4 月分

Table with 10 columns for recipient ID and 3 rows for recipient details.

Table with 8 columns for business ID and 2 rows for business name and region.

利用者負担上限月額(A) 4,600 円

「様式第21号」の記入例の日付に対応しています。(日付の記入は不要です)

Main table with columns for service content, code, unit count, and date. Includes a calculation box for total units.

Table for request amount calculation with columns for total fee, 10% equivalent, and user burden.

当月地域生活支援事業費請求額 ②-③又は③' 56,950 円

枚中 枚

(3) サービス提供実績記録票 (様式第21号)

(様式第21号)

記載例		分		地 移動支援サービス提供実績記録票		事業所番号									
		0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	9		
番	支給決定障害者等氏名	(障害児氏名)		〇〇	〇〇	事業者及びその事業所の名称		(株)△△ △△ヘルパーセンター							
サービス内容及び契約支給量	介護なし	介護あり		時間/月	25	時間/月									

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間	区確認欄	派遣人数	サービス担当者名	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間						
2	土	9:00	12:00	3		1			初回加算 初回加算を算定した日に記載する。
5	火	7:00	12:00	5		1			緊急時対応加算を算定した日に記載する。
7	木	9:00	14:00	5		1			緊急時対応加算
		時間帯を跨いでいる。算定は早朝60日中120と日中増120に分ける。				1			ヘルパーの要件が不足し、(3級等)通常の70%90%の単価が適用される場合は、「減算」と記載する。
9	土	17:00	20:00	3		1			減算
12	月	9:00	10:00	1		2			1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)

* 時間帯について サービス時間帯ごとに請求の際のサービスコード及び単価が設定されている。

○早朝 6:00~8:00 ○日中 8:00~18:00 ○夜間 18:00~22:00 ○深夜 22:00~翌朝6:00

* サービス提供時間が時間帯をまたいだ場合

介護ありの3時間、介護なしの1.5時間までは時間帯を組み合わせたサービスコード(「早朝+日中」など)を使用する。超えた分については、「〇〇増分」のコードを使用する。(またいでいない場合は「増分」ではなく「日中のみ」等で算定する)

* 算定時間について

○サービス提供時間15分未満のものについては切捨て、15分以上のものについては30分に繰り上げる。
 ○30分のなかで時間帯をまたぐ場合は30分のうち時間が多い方で算定する。それぞれの時間帯が15分の場合は、30分の開始時間が属する時間帯で算定する。
 ○移動支援を1日に複数回実施する場合で間隔が2時間未満の場合は、通算して1回のサービスとして算定する。

* 初回加算 サービス提供責任者が、新規利用者又は2ヶ月利用の無かった利用者に対し、計画の作成とともに初回訪問

時又は同月中に自らサービス提供を行うかヘルパーに同行訪問した場合に算定できる。

* 緊急時対応加算 家族の入院等による利用者からの緊急要請によりサービス提供責任者が計画の変更及びヘルパーの

手配を行ない、要請より24時間以内にサービスが提供された場合に1回の要請につき1回を限度に算定できる。

* 利用者確認印欄 原則としてサービス提供の都度、記載内容を提示し確認並びに確認印欄に自署又は押印を求める。

ただし、利用者の確認が確実にとれるのであれば、月末に一月分を一括して確認を求めても差し支えない。

* サービス担当者名欄 サービス提供を行った担当者が自署又は押印をすることが原則だが、パソコン入力・代筆も認める。

* サービス提供責任者署名欄 実績記録票の内容がサービス実施記録と相違ないことを確認し自署又は押印をする。

合計	18								
----	----	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり、利用実績に間違いがないことを確認しました。
 支給決定障害者等氏名 〇〇 〇〇 印

利用実績に誤りのないことを確認し、本人の確認を受けました。
 サービス提供責任者 〇〇 〇〇 印
 押印の場合は、氏名は印刷やゴム印でも可。(利用者署名欄も同様)

一月分を一括で確認を受ける場合に使用する。

	枚中		枚
--	----	--	---

記載例

(身体障害者 知的障害者 精神障害者 児童)

地 移動支援 契約内容(地域生活支援事業受給者証記載事項)報告書

報告日 平成 年 月 日

〒132-8501
江戸川区中央1-4-1

江戸川区長 殿

事業所番号	9912345678
○事業者及び 事業所の名称	(株)△△ △△ヘルパーセンター
○代表者名	△△ △△
○電話番号	(03) 1234-5678

下記のとおり当事業者との契約内容(地域生活支援事業受給者証記載事項)について報告します。

記

報告対象者

地域生活支援事業 受給者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
支給決定障害者 (保護者)氏名	○○ ○○
支給決定に係る 児童氏名	○○ ××

【 新規契約の報告 】

新規契約の時はこの欄に記入する。
(例: 4/1から25時間の契約をした場合)

記入欄 番号	サービス内容	契約支給量	契約日
1	移動支援介護あり	25 時間/月	平成 25 年 4 月 1 日

【 契約変更の報告 】

契約変更の時はこの欄に記入する。
(例: 4/1に結んだ25時間の契約を、7/1から20時間に変更した場合)

前の契約量での提供終了日①	①月中の既提供量	記入欄 番号	サービス内容	契約支給量
平成 25 年 6 月 30 日	18 時間	2	移動支援介護あり	20 時間/月
平成 25 年 7 月 1 日				
平成 年 月 日				
平成 年 月 日				

【 契約終了の報告 】

契約終了の時はこの欄に記入する。
(例: 7/1からの20時間の契約を、11/30で終了した場合)

記入欄 番号	サービス提供終了日	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量
2	平成 25 年 11 月 30 日	20 時間

(5) 領収書

発行日：平成〇〇年〇月〇〇日

記載例

領 収 書

利用者(利用保護者)様

利用者(利用児童)名 受給者番号： 1000000000

平成〇〇年〇月分 領収金額： 3,540円

(内訳)

<A> 移動支援利用者負担額 3,000円

移動支援の明細表を参考に、内訳を記載します。

利用者負担額算出内訳	対象月単位合計※		5,500単位	①
	総費用額	①×単位数単価(10.91円/単位)	56,950円	②
	1割相当額	総費用額(②)×10%	5,695円	③
	利用者負担上限		4,600円	④
	利用者負担額	1割相当額(③)と(④)を比べて小さい額		4,600円
上限額管理後利用者負担額 (管理した時のみ記入)		3,000円		

 実費相当分 540円

内訳	交通費	420円
	飲料代	120円

平成〇〇年〇月〇日

上記のとおり領収いたしました。

※対象月単位合計の内訳については、利用明細書を事業所で保管しておりますので、必要な方は申し出てください。

江戸川区100-100
NPO法人えどがわ

えどがわ事業所
電話 03-5000-5000

印