

移動支援費明細書

障害種別		身体介護の有無	
------	--	---------	--

		年		月分
--	--	---	--	----

支給決定障害者等氏名		事業所名称	
支給決定に係る児童氏名			

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位額	算定回数	当月算定額	摘要
	当月費用の額合計			①	

利用者負担額	利用者負担額等の内訳	当月算定額	摘要
	利用者負担額	②	

当月移動支援費請求額①－②	円
---------------	---

	枚中		枚
--	----	--	---