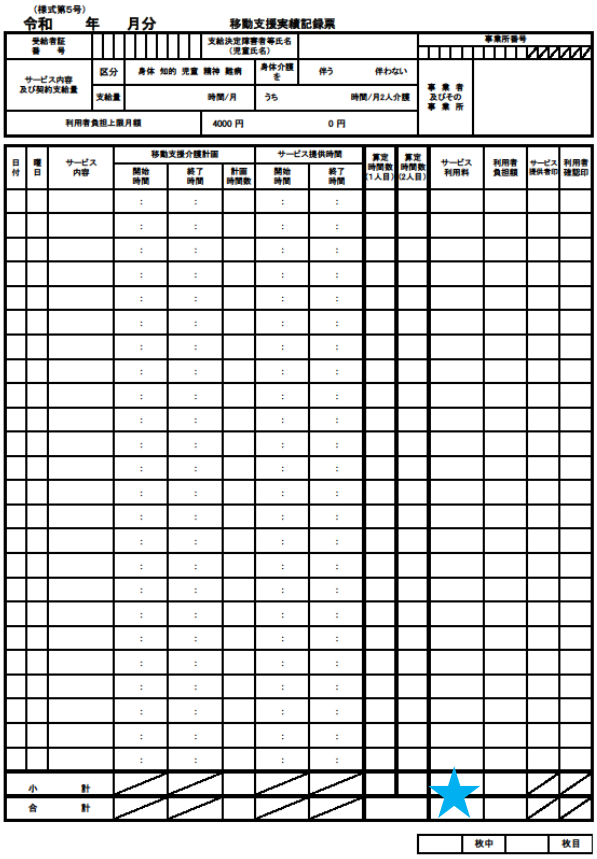
移動支援事業 請求事務 チェックリスト

実績記録表作成時

- □ 受給者番号と利用者名を正しく記載してください。
- □ 修正には訂正印(※1)を押印してください。
- □ 合計額を一番下の行(※2)に記載してください。
- □ 支給量や利用者負担額を受給者証で必ず確認してください。超過分は支払不可です。
- □ 実績記録表と上限管理表の原本は保管してください。請求時はコピーを添付してください。
- □ 実績記録表の添付する順番は、明細書の利用者順と必ず順応させてください。

請求書・明細書作成時

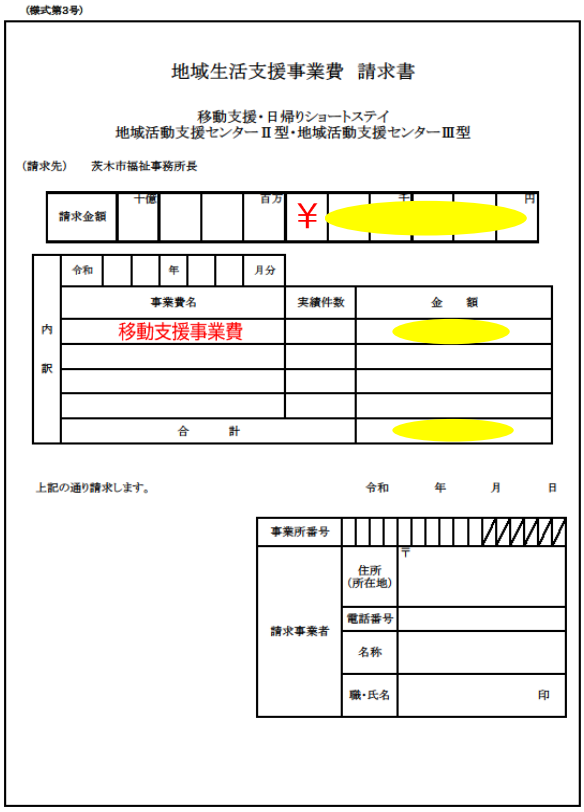
- □ 請求印は契約書と同じ印鑑を使用し、鮮明に押印してください。
- □ 請求金額の前に「￥」マークを付けてください。
- □ 計3か所(※3)に同じ金額を記載してください。
- □ 請求日は利用月の翌月10日を記載してください。(例:5月利用分→6月10日)※郵送は必着
- □ 請求者欄は法人名で、代表者名の前には肩書を記入してください。
- □ 代表者様や所在地、振込先口座が変わる際は、障害福祉課まで必ずご連絡してください。


(様式第5号)
令和　年　月分　移動支援実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者等氏名(児童氏名)		事業所番号
サービス内容及び契約支給量	区分	身体 知的 児童 精神 難病	身体介護を 伴う 伴わない	事業者及びその事業所
	支給量	時間/月	うち 時間/月2人介護	
利用者負担上限月額	4000 円	0 円		

日付	曜日	サービス内容	移動支援介護計画 開始時間	終了時間	計画時間数	サービス提供時間 開始時間	終了時間	算定時間数(1人目)	算定時間数(2人目)	サービス利用料	利用者負担額	サービス提供者印	利用者確認印
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
			:	:		:	:						
小計													
合計													

枚中　枚目


(様式第3号)

地域生活支援事業費　請求書

移動支援・日帰りショートステイ
地域活動支援センターⅡ型・地域活動支援センターⅢ型

(請求先)　茨木市福祉事務所長

請求金額	十億			百万	￥		千			円

内訳	令和　年　月分		
	事業費名	実績件数	金額
	移動支援事業費		
	合計		

上記の通り請求します。　令和　年　月　日

事業所番号		
請求事業者	住所(所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	印

※1:誤り部分に二重線を引き、事業者印1つ又はサービス提供者印と利用者印の2つを押印。

※2:実績記録表★箇所参照　※3:請求書●箇所参照