様式2号（第4条関係）

移動支援明細書

支給決定障害者等氏名		年　　月				
契約時間	身体介護を伴う	時間	身体介護を伴わない	時間	事業者及びその事業所	NPO法人ぽぽら一と パワフルサービス 足立区西保木間2-5-5 TEL　03-5856-4636
利用者負担上限月額	円					

日付	曜日	サービス内容	居宅介護計画			サービス提供時間		算定時間数 時間	派遣人数	利用金額 円　A	利用者負担額 円　B	A—B 円	サービス提供者印	利確用認者印
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
		移動支援　有・無	:	:		:	:							
身体介護を伴う合計														
身体介護を伴わない合計														
合計														

当月移動支援事業補助金申請額　A－B	円		枚中		枚目