

〔豊中市〕地域生活支援事業等
利用者負担額管理表
(利用者控)

年 月分

受給者証番号
0123456789
利用者氏名
豊中 未来

回収日
●●●●年▲▲月■日

管理表回収事業者名
介護事業所◎◎

- 【利用者の皆さま】
サービスを利用するときには必ず携帯し、サービスの提供事業者に右の欄を記入してもらってください。
また、月ごとに新しいものを使用しますので、必要枚数をコピーするなどの対応をお願いします。
- 【サービス提供事業者さま】
「利用者負担額累計が4,000円に達したとき」又は「複数事業所を利用したとき」のいずれかに該当するときは、「回収日」「事業者名」を記入して点線に沿って切り離し、左側を利用者にお渡しし、右側を障害福祉課に提出してください。

〔豊中市〕地域生活支援事業等利用者負担額管理表

記入例

●●●年▲▲月分

受給者証番号 0123456789 利用者氏名 豊中 未来 負担 上限月額 4,000円

サービスの種類	① 移動支援		② 日中一時支援	③ 訪問入浴サービス	④ 大学修学支援	⑤ 就労支援特別事業
	移動支援	通学支援				
利用決定	30 時間/月	10 時間/月	5 日/月	5 回/月	時間/月	時間/月
利用者負担額	1 割		4 時間未満	300円/回	500円/回	1 割
			4～8 時間未満	400円/回		
			8 時間以上	600円/回		

※ ①～④は合算で4,000円、⑤は①～④の金額に関わらず⑤のみで4,000円が利用者負担上限月額となります

	利用日	サービスの種類	利用実績	サービス提供事業者名	利用者負担額	
					各回	累計 (4,000円まで)
1	3日	訪問入浴サービス	1回	(株)〇〇入浴サービス	500	500
2	5日	日中一時支援	5時間	日中一時支援△△事業所	400	900
3	9日	移動支援	3	□□ヘルパーステーション	853	1753
4	10日	移動支援	1	□□ヘルパーステーション		2038
5	14日	移動支援	7	介護事業所◎◎		3940
6	16日	移動支援(通学)	0.5	介護事業所◎◎	185	4000
7						
8						
9						
10						

【記入単位】
移動支援:ガイドを行った時間
日中一時:利用時間
訪問入浴:利用回数
大学修学:利用時間
重度就労:利用時間

事業者名は手書き・
ゴム印いづれでも可

各回の利用者
負担額を記入

利用者負担額の
累計額を4,000円
まで記入

11 <<サービス提供事業者が1社の場合>>
12 ひと月で上限額4,000円に達した場合:左記のとおり左側を切り取って利用者に渡すとともに、この用紙(原本)を実績記録票と一緒に提出してください
13 ひと月で上限額4,000円に達しなかった場合:提出は不要です
14 <<サービス提供事業者が2社以上の場合>>
15 ひと月で4,000円に達するか否かに関わらず、この用紙(原本)を実績記録票と一緒に提出してください