

(様式 7-1 号) 豊中市障害者等移動支援事業実績記録票 (移動支援サービス) 令和 年 月 日

利用者証番号	2000000000	利用対象者氏名	豊中 希望		事業者及び事業所の名称
利用者負担上限月額	0 円	利用契約の内容	移動 <u>介護あり</u> 介護なし	25 時間	株式会社〇〇 〇〇ヘルパーステーション

利用日	曜日	利用計画		サービス提供時間		算定時間数	派遣人数	利用者負担額	サービス提供者名	利用者確認欄
		開始時間	終了時間	開始時間	終了時間					
5	水	14:00 10:00	16:30	14:00	16:30	2.5	1	0	A	豊中
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">修正は二重線でしてください。修正液等使用不可。</div>						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">負担額が0円の場合、必ず「0」とご記入下さい。(空欄ではありません。)</div>		
2人介護の場合										
5	水	14:00	16:30	14:00	16:30	2.5	<u>2</u>	0	AB	豊中
								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">2人介護の場合、サービス提供者に2人分の名前の記載をしてください。</div>		
2人介護 (途中ヘルパーが1人になる時間帯がある場合)										
5	水	14:00	16:30	14:00	16:30	2.5	1	0	A	豊中
		14:00	14:30	14:00	14:30	0.5	1	0	B	豊中
		16:00	16:30	16:00	16:30	0.5	1	0	B	豊中
1日で複数回のサービス提供 (2人介護と1人介護)										
5	水	14:00	14:30	14:00	14:30	0.5	2	0	AB	豊中
		15:00	16:30	15:00	16:30	1.5	1	0	A	豊中
		17:00	17:30	17:00	17:30	0.5	2	0	AB	豊中
						<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">合計額は必ずご記入下さい。(負担額が0円の場合は「0」と記入。)</div>				
合 計						13.5		<u>0</u>		