

(様式 7-2号) 豊中市障害者等移動支援事業実績記録票 (通学支援サービス) 令和 年 月 日

利用者証番号	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	利用対象者氏名	豊中 ゆめ		事業者及び事業所の名称
利用者負担上限月額	4000 円				利用契約の内容	通学支援		15 時間	株式会社〇〇 〇〇ヘルパーステーション					

利用日	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	有資格者の場合に入力	利用者確認欄	
	曜日	開始時間	終了時間	開始時間							終了時間
3	全	8:00	8:30	8:00	8:30	0.5	1	268	A	○	豊中
3	全	15:00	15:30	15:00	15:30	0.5	1	244	B		豊中
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 有資格者がサービス提供する場合は、○を記入します。 </div>											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 有資格者と実務経験のみの資格要件でサービス提供では算定額が違ってくるので、本人負担がある場合は、負担額も変わってきます。 </div>											
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 2人介護の場合(資格要件が同じ場合) </div>											
3	全	8:00	8:30	8:00	8:30	0.5	2	488	BC		豊中
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 2人介護の場合(資格要件が異なる場合) </div>											
3	全	8:00	8:30	8:00	8:30	0.5	1	268	A	○	豊中
3	全	8:00	8:30	8:00	8:30	0.5	1	244	B		豊中
合 計						6.5		1658			