第11号様式（第14条関係）

戸田市移動支援事業提供実績記録票　（　令和　　年　　月分）

受給者番号		契約支給量	時間		事業者番号・名称	
支給決定障害者（児）氏名		身体介護				
利用者負担	□ 1割　・　□ 免除	負担上限額		円		

日付	曜日	計画 開始時間	計画 終了時間	計画時間	提供実績 開始時間	提供実績 終了時間	算定時間	サービスコード	算定単位	主な目的地	提供者確認印	利用者確認印
		合計時間（計画）			合計時間（実績）			合計単位 ①			地域区分	

総費用額	① × 地域区分単価（　　）円／単位 ＝	②
利用者負担額	1割相当額 と 負担上限額を比べて少ない額	③
	上限管理後の負担額（他社との上限管理が発生した時のみ記入）	④

※端数切捨て

当月請求金額 ②－③又は④			
	枚中		枚目