

戸田市障害者日中一時支援事業明細書・実績記録票

令和 3 年 1 2 月分

受給者証番号	1 1 2 2 4 1 2 3 4 5
支給決定障害者等氏名	戸田 太郎
支給決定に係る障害児氏名	
契約支給量	5 日

登録事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
請求事業者	事業所名 ○○○○○○
	日中一時支援と放課後等デイサービス(以下「放デイ」という。)を同一事業所で実施する場合は、下に放デイの平日と学校休業日の営業時間を記載してください。
平日営業時間	15:00~17:30
休業日営業時間	10:00~16:00

利用者負担上限月額 ① ￥ 4 6 0 0

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	管理結果	管理結果額
	事業所名称		

明細欄	サービス内容	算定単位金額	日数	算定金額 ④	適用
	3時間未満	¥ 2 0 0 0	2	¥ 4 0 0 0	
3時間以上6時間未満	¥ 4 0 0 0	1	¥ 4 0 0 0		
6時間以上	¥ 6 0 0 0	2	¥ 1 2 0 0 0		
送迎	¥ 5 5 0	5	¥ 2 7 5 0		

利用者負担額	利用者負担額等の内訳	適用
	利用者負担額等 ②	¥2,275
	上限管理後利用者負担額	¥2,275
	当月分利用者負担額 ③	¥2,275

算定金額 ④	22,750 円
当月分利用者負担額 ③	2,275 円
戸田市請求額 ④-③ (①が限度額)	20,475 円

日付	曜日	放デイの利用 ※	サービス提供実績				算定日数	利用者負担額	利用者確認欄	
			開始時間	終了時間	3時間未満 提供があった 場合1を記入	3時間以上 6時間未満 提供があった 場合1を記入				6時間以上 提供があった 場合1を記入
4	月		14 : 00	17 : 00		1		510	印又はサイン	
9	土		9 : 00	17 : 00			1	655	印又はサイン	
21	木	平日	17 : 30	18 : 30	1			200	印又はサイン	
24	日		13 : 00	19 : 00			1	600	印又はサイン	
25	月	休日	9 : 00	10 : 00	1	同日分は 合算		255	印又はサイン	
25	月	休日	16 : 00	17 : 30	1			55	印又はサイン	
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
合 計					2	1	2	5	5	③ 2,275

※同じ日に日中一時支援と同一の事業所で放デイを利用した場合、放デイを平日に利用した場合は「平日」、学校休業日に利用した場合は「休日」と記載してください。それ以外の場合は空欄にしてください。

枚中 枚目