

移動支援事業の請求に関するお願い

- 請求書等は、①請求書 ②明細書 ③実績記録票 の順番に揃え、
必ず利用者全員分の書類をまとめて提出してください。
- 請求書等は、サービスを実施した翌月の10日までに、北区障害福祉課障害福祉係へ提出してください。他の障害サービスの請求書等とまとめて提出する場合は、付箋やクリップで分ける、別のクリアファイルに入れるなど、書類が混ざらないような工夫をして送ってください。
- 毎月、地域生活支援受給者証を確認し、の受給者番号・自己負担額に間違いがないか、支給期間が切れていないか、支給量を超過していないか等をチェックしてからご提出ください。
- 請求書の「請求金額」欄について、以前はなるべくえんぴつ書きで提出するようにご案内していましたが、ボールペンまたはプリンター印字でご提出いただいても結構です。



第9号様式(第15条関係)

東京都北区地域生活支援事業補助金請求書

(移動支援事業、日中一時支援事業、身体障害者訪問入浴サービス、日常生活用具・住宅設備改善費助成事業)

請求書の日付は空欄のままでご提出ください。

移動支援の指定事業所番号は、左から3ケタ目が「6」です。

年 月 日

(請 求 先)

東京都北区長 殿

請求事業者	北区指定事業所番号	○ ○ 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	住所(所在地)	〒 114-0002 東京都北区王子○-○-○
	電話番号	03-3908-○○○○
	名称	株式会社 ○○ ○○介護サービス王子
	職・氏名	代表取締役 赤羽 三郎

下記のとおり請求します。

令和	6	年	4	月分
----	---	---	---	----

代表者印(丸印)を押印してください。差し支えなければ、余白に捨印もお願いします。

請求金額			百万						
------	--	--	----	--	--	--	--	--	--

サービス内容	件数	単位数(単価)	費用合計	北区請求額	利用者負担額	激変緩和分
移動支援	1	4,748	53,177	48,577	4,600	
地域生活支援事業補助金	件数はサービスの利用者数です。					
合計	1	4,748	53,177	48,577	4,600	

東京都北区地域生活支援事業補助金明細書

(移動支援、日中一時支援)

地域生活支援受給者証の受給者証番号を記入してください。先頭が「1」の番号です。

移動支援の指定事業所番号は、左から3ケタ目が「6」です。

令和 6 年 4 月分

受給者証番号	1 0 0 0 0 0 ● ● ● ●
補助対象障害者等氏名	北区 一郎
補助対象に係る障害児氏名	北区 花子

北区指定事業所番号	○ ○ 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	株式会社 ○○ ○○介護サービス王子
地域区分	1級地

利用者負担上限月額 ① 4 6 0 0

利用者が18歳未満の障害児の場合は、下段に障害児の氏名、上段に保護者の氏名を記載してください。下の署名欄も、保護者の署名を貰ってください。

サービス種別	開始年月日	年	月	日数
	開始年月日	年	月	日数

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
身体有 日中2.0 夜間0.5	1 1 1 4 7 1	7 7 5	1	7 7 5	
身体有 日中2.0 夜間1.0	1 1 1 4 7 5	8 7 9	1	8 7 9	
身体有 夜増1.5	1 1 1 9 3 9	3 1 1	1	3 1 1	
身体有 日中3.0	1 1 1 1 3 3	8 2 7	1	8 3 7	
身体有 夜増0.5	1 1 1 9 3 1	1 0 4	1	1 0 4	
身体有 日中3.5	1 1 1 1 3 5	9 2 1	2	1 8 4 2	

サービスコードと単位数は、最新の移動支援請求単位表をご確認ください。

サービス種類コード	1 1	移動支援	日中一時支援	合計
サービス利用日数	5	日	日	
給付単位数	4 7 4 8			
単位数単価	1 1 2 0	円/単位	円/単位	
給付率	9 0	/100	/100	
総費用額	5 3 1 7 7			
給付率に基づく請求額	4 7 8 6 0			
利用者負担額②	5 3 1 7			
上限月額調整①②の内少ない数	4 6 0 0			
調整後利用者負担額				
市町村請求額	4 8 5 7 7			
自治体助成分請求額				

総費用額...給付単位数×単位数単価
※小数点以下は切り捨て

給付率に基づく利用者負担額②...総費用額×0.1
※小数点以下は切り捨て
給付率に基づく請求額...総費用額－②

市町村請求額...総費用額－上限月額調整

上記内容について確認しました。
なお、北区補助分については、請求及び受領する権限を貴事業所に委任します。

1 枚中 1 枚目

令和6年 4月 28日

補助対象者の署名が必要です。(押印不要)
代筆の場合は、代筆者の氏名も記載してください。

令和6年4月分

移動支援サービス提供実績記録票

受給者証番号 1 0 0 0 0 0 ● ● ● ●	補助対象障害者等氏名 (障害児氏名) 北区 一郎 (北区 花子)	北区指定事業所番号 〇 〇 6 〇 〇 〇 〇 〇 〇
契約支給量 移動支援 25H/月	事業者及びその事業所 株式会社 〇〇 〇〇介護サービス王子	

時間帯を跨いでサービスを行った場合で、時間帯継続コードが当てはまる場合は、継続コードを使います。残りの時間は増分コードを使います。

一日に2回以上サービスを行い、間隔が2時間未満の場合は、サービス時間を合算します。

利用者確認欄は、サービスを提供した都度、利用者から署名または押印を貰ってください。

備考欄は、サービス内容、行先等を記載してください。

日付	曜日	移動支援計画			サービス提供時間			派遣人数	利用者確認欄	備考		
		開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間	算定時間					
1	2	日	16:00	18:30	2.5	16:00	18:30	2.5	1	田中	買い物、イトーヨーカドー	
2	9	日	16:00	20:30	4.5	16:00	20:30	4.5	1	田中	買い物、十条商店街	
3	16	日	15:00	18:30	3.5	15:00	18:30	3.5	1	田中	買い物、イトーヨーカドー	
4	24	月	1	8:00	10:00		8:00	10:00		1	田中	赤羽図書館
5			2	11:30	13:00	3.5	11:30	13:00	3.5	1	田中	買い物、ホームセンター
6	28	金				13:30	17:00	3.5	1	田中	散歩、飛鳥山	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

	計画時間数計	内訳(適用単価別)			算定時間数計
身体介護を伴う移動支援	14	100%	90%	70%	17.5
身体介護を伴わない移動支援					