様式第６号（第10条関係）

障害者等移動支援事業実績報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 事業者名 |
| 利用者名、支援の内容及び支給量 | 氏名 | 　 | 　 |
| 身体介護を伴う障害者等　　　　　時間／月 | 　 |
| 身体介護を伴わない障害者等　　　時間／月 | 年　　　　月分 |
| 日 | 利用時間 | 時間小計 | 除算時間 | 算定時間 | 費用額 | 利用者負担額 | 行き先・支援内容 | サービス提供者 | 利用者確認 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | ～ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 　 | ① | ② | 　 | 　 | 　 |

※「サービス提供者確認」欄及び「利用者確認」欄には該当者が署名又は押印をすること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　 | 費用額計① | 利用者負担額計② | 請求額①－② |
| 　 | 　 | 　 |