

地域生活支援事業  
移動支援事業（ガイドヘルプサービス）契約内容報告書

平成 年 月 日

福祉事務所長

協 定 書 番 号	* * * * *	
事業者及び その事業所の名称	印	

記

利用者番号		
利用決定障がい者 （保護者）氏名		利用決定に係る 児 童 氏 名
利 用 者 住 所		

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

報 告 区 分	サービス内容 (該当する内容に )	契約支給量 契約月支給可能量	契約日(又は契約支給量変更日) サービス提供開始日
1 新規契約	身体介護有	時間 分	平成 年 月 日
2 契約の変更	身体介護無	時間 分	平成 年 月 日
3 その他(具体的に) ( )			

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

終 了 区 分	サービス内容 (該当する内容に )	提供終了月中の終了日までの 既提供量	提供終了日
1 契約の終了	身体介護有		
2 契約内容の変更	身体介護無	時間 分	平成 年 月 日

備 考

様式第 6 号

移動支援事業（ガイドヘルプサービス）実績記録票

平成	年	月	分	/	ページ
----	---	---	---	---	-----

利用者番号	身体介護	有・無	協定書番号	*	*	*	*	*	*	*	*
利用決定障がい者(保護者)氏名	契約時間数	時間	事業者及びその事業所の名称	印							
利用決定に係る児童氏名	各回開始時 1 時間 当たり負担額										
利用者住所	円										

番号	日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数	派遣人数	サービス提供時間		算定時間数	派遣人数	利用者負担額	サービス提供者印	利用者確認印
			移動支援（身体介護有）				移動支援（身体介護無）						
			開始時間	終了時間			開始時間	終了時間					
1			:	:			:	:					
2			:	:			:	:					
3			:	:			:	:					
4			:	:			:	:					
5			:	:			:	:					
6			:	:			:	:					
7			:	:			:	:					
8			:	:			:	:					
9			:	:			:	:					
10			:	:			:	:					
11			:	:			:	:					
12			:	:			:	:					
13			:	:			:	:					
14			:	:			:	:					
15			:	:			:	:					
16			:	:			:	:					
17			:	:			:	:					
18			:	:			:	:					
19			:	:			:	:					
20			:	:			:	:					
21			:	:			:	:					
22			:	:			:	:					
小計													
合計													



足立区長

請求金額	十億			百万				千				円

（消費税非課税）

内訳	平成			年			月分
----	----	--	--	---	--	--	----

個人別明細書件数		件
----------	--	---

都内事業所	時間	身体介護有			身体介護無		
		単価（円）	回数	金額（円）	単価（円）	回数	金額（円）
算定額	1時間以下	4,200			2,100		
	1時間超 1時間半以下	5,800			2,900		
	以降30分ごと	800			750		
	算定額 小計（ ）				算定額 小計（ ）		
	利用者負担額（ ）				利用者負担額（ ）		
	合計（ - ）				合計（ - ）		

都外事業所	時間	身体介護有			身体介護無		
		単価（円）	回数	金額（円）	単価（円）	回数	金額（円）
算定額	1時間以下	4,000			2,000		
	1時間超 1時間半以下	5,500			2,750		
	以降30分ごと	750			700		
	算定額 小計（ ）				算定額 小計（ ）		
	利用者負担額（ ）				利用者負担額（ ）		
	合計（ - ）				合計（ - ）		

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

請求事業者	住所 (所在地)	〒											
	電話番号	- -											
	協定書番号	*	*	*	*	*	*	*					
	名称												
	職・氏名	印											

様式第8号

地域生活支援事業	事業所別
移動支援事業（ガイドヘルプサービス）	

平成	年	月分
----	---	----

協定書番号	* * * * * * *	
事業者及びその事業所の名称		印

事業所名	個人別 明細書 件数	移動支援（身体介護有）			移動支援（身体介護無）			利用者負担額（円）	差引当月請求額（円）
		回数			回数				
		1時間 以下	1時間超 1時間半 以下	以降30 分ごと	1時間 以下	1時間超 1時間半 以下	以降30 分ごと		
中部									
千住									
東部									
西部									
北部									
合計									

自立支援課提出用

地域生活支援事業

福祉事務所別

移動支援事業（ガイドヘルプサービス）

福祉事務所名

福祉事務所

平成

年

月分

/

ページ

協 定 書 番 号

\* \* \* \* \*

事業者及びその事業所の名称

印

通 番	利用者番号	移動支援（身体介護有）			移動支援（身体介護無）			利用者負担額（円）	差引当月請求額（円）
	利用者氏名	回 数			回 数				
		1時間 以下	1時間超 1時間半 以下	以降30 分ごと	算定金額	1時間 以下	1時間超 1時間半 以下		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
	小 計								
	合 計								

利用者番号	
利用決定障がい者(保護者)氏名	
利用決定に係る児童氏名	
利用者住所	

協定書番号	*	*	*	*	*	*	
事業者及びその事業所の名称							印

番号	日付	曜日	移動支援(身体介護有)					移動支援(身体介護無)					移動支援費額 ( - )
			回数			算定金額	利用者負担額	回数			算定金額	利用者負担額	
			区分	1時間以下	1時間超1時間半以下			以降30分ごと	区分	1時間以下			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
小計													
合計													
利用者負担額合計(最終ページに記入)													
差引移動支援事業費金額合計(最終ページに記入)													

# 支払金口座振替依頼書 [ 新規 ・ 変更 ]

移動支援事業の支払は、下記口座への振込を依頼します。

平成 年 月 日

足立区長

《依頼人》

協定書番号 : 

*	*	*	*			
---	---	---	---	--	--	--

法人・団体名 :

協定者 職名 :  
氏名 :

印

住 所 :

電話番号 :

振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所		
	金融機関 コード			店舗 コード		
種 別	1 . 普通			2 . 当座		
口座番号						
フリガナ						
口座名義名						

サービス種別	移動支援身体介護有	移動支援身体介護無
事業所名称		
事業者番号	* * * * * * 自立支援法における居宅介護等で事業所指定を受けている事業所番号(10桁)を記入してください。	

- 1 口座番号・口座名義名は依頼人の口座番号・口座名義名を記載してください(依頼人の口座に限ります)。
- 2 請求書にはこの依頼書に使用した印を押印してください。
- 3 依頼人と請求者が異なる場合または依頼人と口座名義が異なる場合は、別途、委任状を添付してください。