

新型コロナウイルスワクチン接種 実績記録票 記入例③

令和3年4月提供分以降 移動支援明細書兼サービス提供実績記録票

令和 3 年 6 月分

受給者番号: 2 0 0 0 0 1 1 1 1 1

受給者氏名: 世田谷 太郎

児童氏名: _____

利用者負担月額上限: 0 円

サービス内容: 身体介護あり

支給決定時間: 1 50.0 2

契約時間: 1 30.0 2

実績時間: 1 5.0 2

事業者番号: 00600001111

事業者名: せたがや移動支援センター

電話番号: 03-0000-0000

※注意事項
 1. 移動支援サービス費の請求にあたり、本帳票内に赤い警告がないことを事前に確認してください。赤い警告が消えない場合は、担当までご連絡ください。
 2. 以下のいずれかに該当する場合は、サービス提供ごとに利用者確認票の横(欄外)にヘルパーの押印またはサインをしてください。
 (1) 2人介護の場合
 (2) 利用者や保護者の希望があり、且つそれぞれのヘルパーが支援する際の移動の目的や目的地が異なる場合であって、サービス提供中にヘルパーが交代しているため、行を分けて入力する場合

1: 移動支援
 2: 通学にかかる支援

日	曜日	サービス提供時間		利用区分ごとの時間		算定時間		サービス時間帯						利用者確認欄	
		開始時間	終了時間	1	2	開始時間	終了時間	開始後1.5H以内 時間帯 数量		開始後1.5H以上 時間帯 数量		時間帯跨ぐ場合① 時間帯 数量			時間帯跨ぐ場合② 時間帯 数量
23	水	9時0分	14時0分	5.0		9時0分	14時0分	1	1.5	1	3.5				

9:00~12:00
 のみ
 ワクチン接種に係る支援

ワクチン接種の前夜に、間を空けずに他の目的で"移動支援"を行った場合、一連の実績時間を"入力ください。なお、手書きで"欄外にワクチン接種に係る時間のみを"記入下さい。

↓0時をまたいで連続して次月もサービス提供する場合の記載欄↓

1	時	分	時	分			時	分	時	分					
---	---	---	---	---	--	--	---	---	---	---	--	--	--	--	--

整理番号: 10000

利用回数: 1 /月

明細欄				総費用額	請求金額	利用者負担金	上取管理費負担金
	開始後1.5H以内			1.5H以上			
	0.5H	1.0H	1.5H				
1 日中			1	7	12,500	12,500	0
2 夜間・早期							
3 深夜							

枚中 枚
 1 1