

新型コロナウイルスワクチン接種 実績記録票 記入例 ②

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 20000111111

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 3.0 2

事業者番号 0060001111

事業者名 せたがや移動支援センター

電話番号 03-0000-0000

1: 移動支援
2: 通学にかかる支援

※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

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			
2	水	13時0分	16時0分	3.0		13時0分	16時0分	1	1.5	1	1.5						
				↓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																	

ワクチン対応

ワクチン接種において
サービスを提供した日は、
通常利用分とは別に「作成下さい」。
なお、手書きで「欄外」
に「ワクチン対応」と記入下さい。

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	上項管理費負担金
開始後1.5H以内		1.5H以上						
0.5H	1.0H	1.5H			8,900	8,900	0	
1 日中			1	3				
2 夜間・早朝								
3 深夜								

枚中	枚
1	1