移動支援上限管理票（3ヶ月合算管理票）

記入例

当該月の間は利用者宅で保管してください。
サービス提供者は、提供終了後、忘れずに記入してください。
累計の計算は、サービス提供の都度、各事業所で行ってください。

受給者証番号	****	対象者氏名（児童氏名）	和泉 太郎	3ヶ月合算	☑ 有 ☐ 無	利用者負担	☑ 有 ☐ 無

平成 30 年 1 月	支給上限/月	40 時間

日付	事業所名	サービス提供担当者名	実績時間帯	算定数	算定数累計	利用者負担額	利用者負担額累計
前月までの累計（3ヶ月合算の場合のみ記入）					0		0
1	訪問介護A	和泉	10:00 ～ 11:30	1.5	1.5	270	270
3	ステーションB	府中	12:00 ～ 17:00	5	6.5	900	1,170
8	介護サービスC	大阪	8:00 ～ 16:00	8	14.5	1,440	2,610
17	介護サービスC	大阪	15:00 ～ 20:00	5	19.5	900	3,510
18	訪問介護A	和泉	15:00 ～ 20:00	5	24.5	900	4,410
20	ステーションB	府中	12:00 ～ 17:00	5	29.5	900	5,310
23	ステーションB	府中	10:00 ～ 16:10	6	35.5	1,080	6,390
27	介護サービスC	大阪	8:00 ～ 14:50	7	42.5	1,260	7,650
31	訪問介護A	和泉	10:00 ～ 17:30	7.5	50	1,350	9,000
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				
			: ～ :				