町田市

年　月分　　移動支援費サービス提供実績記録票　兼　明細書

利用決定番　号		決定を受けた者（決定に係る児童）	※ﾖﾐｶﾞﾅもご記載ください	事業者及びその事業所の名称	事業者の名称
		生年月日			
決定支給量	身体介護		時間/月		事業所の名称

日付	曜日	サービス提供時間			派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	算定時間数				
合計時間数								

費用の額計算欄

合計時間数		単価		
	×		=	

町田市単価
身体介護有：3,000円/1時間
身体介護無：1,700円/1時間