様式第1号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 移動支援事業補助金交付申請書兼請求書年　　　月　　　日　　　 |
| 　　　(宛先)北本市長　下記のとおり申請・請求します。 | 住所(所在地) | 〒 | 　 | 　 | 　 | ― | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 名称 | 　 |
| 職・氏名 | 　 |
| 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 年 | 　 | 　 | 月分 | 　 |
| 　 |
| 　 | 請求金額 | 　 | 　 | 百万 | 　 | 　 | 千 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 　 |
| 　 | 区分 | 件数 | 単価 | 費用合計 |  市町村請求額 |  利用者負担額 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 合計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |

別紙

|  |
| --- |
| 移動支援事業明細書 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 年 | 　 | 　 | 月分 | 　 |
| 　 |
| 　 | 請求事業者 | 事業所及びその事業所の名称 | 　 | 　 |
| 　 | 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 支給決定障害者等氏名 | 　 |
| 支給決定に係る障害児氏名 | 　 |
| 　 |
| 　 | 利用者負担上限月額　① | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 |
| 　 |
| 　 | 明細欄 | サービス内容 | 単価 | 回数 | 合計 | 摘要 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 請求額集計欄 | サービス実時間日数 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 時間 | 合計 | 　 |
|  | 単価 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円／時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円／時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円／時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円／時間 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 給付率 | 　 | 　 | 　 | ／100 | 　 | 　 | 　 | ／100 | 　 | 　 | 　 | ／100 | 　 | 　 | 　 | ／100 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 総費用額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 給付率に基づく | 請求額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　利用者負担額② | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 上限月額調整(①②のうち少ない数) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 市町村請求額 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |
| 　 | 　 | 　 | 枚中 | 　 | 　 | 枚目 | 　 |
| 　 |