

受給者証番号 000000005	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	事業所番号
契約支給量 移動支援(身体介護有)20時間/月		

2時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は2時間とし、下の合計欄においては4時間を記載する。(2時間×2)

日付	曜日	移動支援計画			サービス提供時間		算定時間	人数	確認印	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間				
1	日	12:00	14:00	2	12:00	14:00	2	1	(印)	
7	月	7:30	9:00	2	7:30	9:00	2	1	(印)	通学
15	日	12:00	14:00	2	12:00	14:00	2	2	(印)(印)	
16	月	13:00	15:00	2	13:00	15:00	2	1	(印)	「通学利用」の場合、備考欄に『通学』と記載する。
16	月	14:00	16:00	2	14:00	16:00	2	1	(印)	

当該サービス提供月において、移動支援計画に記載したサービス提供予定日、その曜日を記載する。また、ヘルパーを2人派遣する場合で2行に分けて記載する場合はヘルパーごとに番号(丸囲み)を記載する。

2人派遣で時間がずれた場合、2行に分けて記載する。

同時間帯に2人派遣した場合は、2人分押印する。

《算定時間について》

算定時間欄は実際に要した時間数(サービス提供時間)ではなく、計画上の時間数によって算定されるため、計画時間数を記載します。(サービス提供が全くなかった場合を除く)
計画時間については、必ず30分単位で作成してください。

算定時間数の内訳

合計	移動支援(身体介護を伴う)	計画時間数計	12	内訳(適用単価別)	100%	算定時間数計	12
	移動支援(身体介護を伴わない)						

記載方法については、今後、国からの通知等により変更する場合があります。