様式第６号

**朝日町障害者移動支援事業　明細書**

　　　朝日町長　　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 年 |  | 月分 |

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名及びその事業所の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 費用の額計算欄 | サービス内容 | 算定単位額 | 算定回数 | 単位単価 | 当月算定額 | | 摘　要 |
|  |  |  |  | 円 | |  |
|  |  |  |  | 円 | |  |
| 当月費用の額合計 | | | | ① | 円 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者負担額等計算欄 | 利用者負担額等の内訳 | 当月算定額 | | 摘　要 |
| 利用者負担額 | 円 | |  |
|  | 円 | |  |
| 当月利用者負担額等合計 | ② | 円 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 当月請求額①－② | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 枚中 |  | 枚 |