記入例

委託業務実績報告書（　１０月分）

移動支援事業受給者証より，いずれかに○

移動支援事業受給者証より，いずれかに○

受給者証番号	１２３	利用者氏名	水　花子
支援内容（利用区分）	①　2	負担区分	無料　10%負担

利用日	利用時間	用務・行先	利用時間数	利用算定額	利用者負担額	市負担額	利用者確認印	実施者印
3	13:30～14:29	コンビニ買い物	1	4,020	201	3,819	水戸	木村
10	10:00～12:29	博物館見学	2.5	7,500	376	7,124	水戸	木村
21	9:00～10:29	本屋買い物	1.5	5,840	292	5,548	水戸	木村
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
	～							
合計			5	17,360	869	16,491		

利用者負担一覧表を参照して算出してください。

移動支援事業受給者証の決定時間数以内であること

記入例

受託事業所名
社会福祉法人〇〇会
障害福祉サービス事業所　〇〇
理事長　　〇〇　〇〇

理事長之印

障害者移動支援事業委託業務実績報告書　　１０　月分

受給者番号	利用者氏名	利用時間数	利用者負担額	市負担額（委託料）	備考
１２３	水戸　花子	5	869	16,491	
合　　計			869	16,491	

記入例

請　　求　　書

金　額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
						¥	1	6	4	9	1

「¥」を記入してください。

ただし　障害者移動支援事業業務委託費として

内　訳

品目	数量	単　位	単　価	金　額	備　考
１０　月分委託料	1	式		16,491	
合　　計				16,491	

上記の金額を請求します。

平成　　年　　月　　日

住　所　　水戸市○○町１２３番地の４５
社会福祉法人○○会

氏　名　　理事長　○○　　○○

押印省略により請求書については，代表者印の押印は不要です。

水戸市長　　様