

盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業費明細書

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

受給者番号	2	0	1	0	0								
利用決定者氏名													
利用決定に係る障害児氏名													

請求事業者	障害福祉サービス事業所番号													
	事業者及びその事業所の名称													

利用者負担上限月額 ①	
-------------	--

事業費明細欄	1日当たりサービス提供時間	事業費	回数	費用合計	摘要

サービス利用日数		日
サービス利用時間数		時間
費用合計		
請求額		
利用者負担額②		
上限月額調整(①②の内少ない数)		
市町村請求額		

(様式第7号)

盛岡市重度障害者等入院時コミュニケーション支援事業費明細書

平成			年			月	分
----	--	--	---	--	--	---	---

受給者番号	2	0	1	0	0								
利用決定者氏名													
利用決定に係る障害児氏名													

請求事業者	障害福祉サービス事業所番号																			
	事業者及びその事業所の名称																			

利用者負担上限月額 ①	
-------------	--

事業費明細欄	1日当たりサービス提供時間				事業費	回数	費用合計	摘要
	30分 未満				800			
	30分 以上 1時間 未満				1,500			
	1時間 以上 1時間30分 未満				2,250			
	1時間30分 以上 2時間 未満				2,950			
	2時間 以上 2時間30分 未満				3,650			
	2時間30分 以上 3時間 未満				4,350			
	3時間 以上 3時間30分 未満				5,050			
	3時間30分 以上 4時間 未満				5,750			
	4時間 以上 4時間30分 未満				6,450			
	4時間30分 以上 5時間 未満				7,150			
	5時間 以上 5時間30分 未満				7,850			
	5時間30分 以上 6時間 未満				8,550			
	6時間 以上 6時間30分 未満				9,250			
	6時間30分 以上 7時間 未満				9,950			
	7時間 以上 7時間30分 未満				10,650			
	7時間30分 以上 8時間 未満				11,350			
	8時間 以上 8時間30分 未満				12,050			
	8時間30分 以上 9時間 未満				12,750			
	9時間 以上 9時間30分 未満				13,450			
	9時間30分 以上 10時間 未満				14,150			

サービス利用日数		日
サービス利用時間数		時間
費用合計		
請求額		
利用者負担額②		
上限月額調整①②の内少ない数		
市町村請求額		