

日野市ひとり暮らし高齢者等安心サポート事業サービス利用料請求明細書

**記入例**

サービス提供月 **24年 4月**

事業所番号	1373500000		
事業所名称	00000訪問介護事業所		
電話番号	042-585-0000	担当者	〇〇 〇〇

※1) 利用者負担の有の場合は2,250円、無の場合は2,500円

	被保険者番号	氏名	派遣 時間数	利用者負担の有無	単価 ※1	日野市支給額	備考
1	1234567890	日野 花子	2.5	有・無	2,250	5,625	
2	456789012	日野 太郎	8	有・無	2,250	18,000	
3	7890123456	介護 二郎	8	有・無	2,500	20,000	
4				有・無			
5				有・無			
6				有・無			
7				有・無			
8				有・無			
9				有・無			
10				有・無			
11				有・無			
12				有・無			
13				有・無			
14				有・無			
15				有・無			
16				有・無			
17				有・無			
18				有・無			
19				有・無			
20				有・無			
合計 (内訳)		2,250円 × ( 10.5 )時間 = ( 23,625 ) 2,500円 × ( 8 )時間 = ( 20,000 )				43,625	