費用明細書

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |
| 利用者住所 |  |
| 支援期間 | 年　　月　　日（　）　から　　　　年　　月　　日（　）　まで |
| 支援事業所 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動日 | 派遣時間 | 身体介護 | １時間まで | 以降１時間 | 身体介護 | 計 |
| 年　　月　　日（　） | 時間 | なし・あり | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 時間 | なし・あり | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 時間 | なし・あり | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 時間 | なし・あり | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 年　　月　　日（　） | 時間 | なし・あり | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 計 | 時間 |  |  |  |  | 円 |

【参考】費用区分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 時間 | 金額 | 備考 |
| １日あたり | １時間まで | 2,000円 | ・1日あたりの総額は8,000円までとする。  ・支援提供時に入浴、食事、排泄などの身体介護  が発生した場合は3,000円を加算する。 |
| 以降１時間  まで毎 | 1,000円 |