

大津市移動支援事業上限管理表(〇年 〇月分)

利用者番号	12345
利用者氏名	大津 たろう
利用決定期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日

ひと月に1枚使用する様式
になっています

●利用する事業所

記号	事業所名
A	〇〇ヘルパーステーション
B	訪問介護〇〇
C	△△訪問介護
D	
E	

利用契約している事業所名
を記入してください

●グループ支援(利用上限:月 5回)

回数	日付	事業所名称又は記号	記入者
1	14	B	〇〇
2	30	C	〇〇
3			
4			
5			

決定を受けている時間数と
単位を記入してください

●個別支援

(利用上限:月 30時間／ 60単位)

日付	事業所名称又は記号	利用単位	月間累積利用単位①	月間累積利用時間 (①×0.5 時間)	記入者
2	A	5	5	2.5 時間	〇〇
5	C	2	7	3.5 時間	〇〇
11	A	1	8	4 時間	〇〇
				時間	
				時間	
				時間	
				時間	
				時間	
				時間	
				時間	
				時間	
				時間	

支援をうけたら、利用時間や単位を、ヘルパーに記載してもらってください

●車両移送型支援

(利用上限:月 5時間／ 30単位)

日付	事業所名称又は記号	利用単位	月間累積利用単位①	月間累積利用時間 (①×10 分)	記入者
2	A	2	2	時間 20 分	〇〇
11	A	3	5	時間 50 分	〇〇
23	B	6	11	1時間 50 分	〇〇
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	
				時間 分	

※利用の上限を超えた利用については全額自己負担になります