

大津市障害者移動支援事業

〔 利用上限管理票 〕

1 この大津市障害者移動支援支給量上限管理票は、あなたが移動支援を利用するとき、利用の上限を超えて利用されることがないように自己管理していただくための大切なものです。**移動支援を利用する時は毎回本票を携帯し、支援を提供した事業所にその日の利用単位等を記入してもらってください。**

2 万が一、利用の上限を超えて移動支援を利用した場合、その利用料については全額自己負担になりますので、ご注意ください。

3 ページを使い切ったときや紛失、破損したときは、以下に連絡し、再交付を受けてください。

4 その他、ご不明の点がありましたら、以下にお問合せください。

利用対象者 氏名			
利用番号			
利用決定 期間		から まで	
利用 の 上 限	個別支援	月	時間（ 単位）まで
	グループ 支援	月	時間（ 単位）まで
	車両移送 型支援	月	時間（ 単位）まで

大津市

連絡先 大津市役所障害福祉課 〒520-8575 大津市御陵町3番1号 TEL 077-528-2696 FAX 077-524-0086 （平日9時～17時）
--

令和 年 月分<グループ支援>利用上限管理票

日付	事業所名称又は記号	利用回数	月間累積利用回数	記入者

※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

令和 年 月分<グループ支援>利用上限管理票

日付	事業所名称又は記号	利用回数	月間累積利用回数	記入者

※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

記号	移動支援事業所記入欄	
A	事業所の名称	
	提供する支援/月	
	契約日	令和 年 月 日
B	事業所の名称	
	提供する支援/月	
	契約日	令和 年 月 日
C	事業所の名称	
	提供する支援/月	
	契約日	令和 年 月 日

記号	移動支援事業所記入欄	
D	事業所の名称	
	提供する支援/月	
	契約日	令和 年 月 日
E	事業所の名称	
	提供する支援/月	
	契約日	令和 年 月 日
F	事業所の名称	
	提供する支援/月	
	契約日	令和 年 月 日

令和 年 月分<グループ支援>利用上限管理票

日付	事業所名称又は記号	利用回数	月間累積利用回数	記入者

※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

令和 年 月分<グループ支援>利用上限管理票

日付	事業所名称又は記号	利用回数	月間累積利用回数	記入者

※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

