

志木市介護保険移送サービス実績報告書兼支給申請書（受領委任払い）

年 月 日

志木市長 様

事業者名
住所
電話番号
指定登録番号

志木市介護保険移送サービスについて、次のとおり実績報告するとともに、移送サービス費の支給を申請します。

1 利用者

介護保険被保険者番号	
氏名	
住所	
電話番号	

2 利用実績

実績①

利用年月日	利用区間		利用距離	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 通院（行き） <input type="checkbox"/> 通院（帰り） <input type="checkbox"/> 退院	→	km	
付き添い人の有無		利用形態		
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝台車	
タクシー代内訳		（自己負担割合 割）		
A. 総額（B+C）				
	B. 介助料等 ※支給対象外	C. 運賃等（D+E） ※上限7500円	D. 利用者負担 （C×自己負担割合）	E. 支給申請額 （C-D）
円	円	円	円	円

実績②

利用年月日	利用区間		利用距離	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 通院（行き） <input type="checkbox"/> 通院（帰り） <input type="checkbox"/> 退院	→	km	
付き添い人の有無		利用形態		
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝台車	
タクシー代内訳		（自己負担割合 割）		
A. 総額（B+C）				
	B. 介助料等 ※支給対象外	C. 運賃等（D+E） ※上限7500円	D. 利用者負担 （C×自己負担割合）	E. 支給申請額 （C-D）
円	円	円	円	円