

## 草津市障害者移動支援利用者管理票

利用者名							年 月分		
支援内容									
支給時間									
日	利用時間	時間小計	除算時間	算定時間	時間累計	形態	事業所名	確認印	
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			
	～	時間				個別 グループ			

※確認印は、事業者がサービス提供後に、時間数等を記入し、押印してください。  
 ※利用者および事業者は、この実績表により、上限を超過しないよう確認してください。  
 ※この実績表は、利用者が管理してください。この表で利用時間の管理を行います。