

東大阪市移動支援事業補助金 の請求方法の手引き



R5.4月版

東大阪市 福祉部 障害者支援室

障害福祉認定給付課 請求担当

TEL : 06 - 4309 - 3184

もくじ

1.請求の流れ	1
不備がない場合	1
不備がある場合	1
2.提出前にチェックを	2
チェック方法のポイント	2
修正方法	2
3.実績記録票	3
サービス内容の記入例	5
4.様式第 1、様式第 5、事業実績書に共通する項目	6
記入必須項目	6
様式第 1：補助金交付申請書	7
様式第 5：補助金交付請求書	7
事業実績書	8
5.並び替え	10
6.その他	11
利用料管理表について	11
修正分の提出について	11
月遅れ請求について	11
補助金の返還について	11
7.記入例	12

初版 平成 28 年 2 月

2 版 令和 2 年 11 月

3 版 令和 5 年 4 月

1. 請求の流れ

移動支援事業の請求書類は、**サービス提供月の翌月10日まで**（※）に提出いただき、不備がなければ提出月の翌月28日前後に補助金をお支払いします。

（※）10日が休日の場合は、その直前の平日までに提出してください。

ただし、**提出書類に不備があった場合は**、提出月の末日頃に**修正依頼の FAX もしくはお電話を致します**。
FAX の内容をご確認いただき、修正分を提出月の翌月10日前後までに提出いただけます。

不備がない場合

例) 10月サービス提供分 → 11月10日までに提出 (審査) → 12月28日お支払い

不備がある場合

例) 10月サービス提供分 → 11月10日までに提出 (審査)
↓
11月30日頃修正依頼 FAX
↓
12月10日までに再提出 (審査) → 12月28日お支払い
11月サービス提供分 → 12月10日までに提出 (※)

不備がある場合、市の負担だけでなく、事業所の方の負担（時間・手間）も増えています。また、上記（※）のように、修正分を提出する期限は、前月サービス提供分の提出締め切りとも重なるため、チェックが行き届かないまま提出してしまう原因の一つになります。

不備のない書類の提出に向けて、チェック✓ してください。

- 用紙右上に日付（※）記入 ⇒ 記入もれの特に多い項目です。
（※）請求する月ごとに記入いただく日付が異なります
詳しくは、東大阪市 HP 掲載の提出期日および振込日一覧をご確認ください。
- 代表者の職の記入 ⇒ 記入もれの特に多い項目です。
- 請求金額が間違っている ⇒ すべての様式の金額は合っていますか？
- 行き先や目的が不明・特定されていない ⇒ 特定できるように記入をしてください
- 実績記録票の写しを提出する ⇒ 原本は事業所で5年間保存です。



2.提出前にチェックを

提出前に請求書類を再度チェックすることで、不備を減らすことができます。

チェック方法のポイント

控えをとってチェックをしましょう（✓マークをつけましょう）

- 書類の数が多く場合、1つのチェック項目だけを連続でチェックしましょう
例) 利用者確認欄の漏れをチェックする際は、当該箇所のみを連続でチェックしましょう
- 実績記録票→事業実績書→様式1、5の順でチェックしましょう
- 不備に気づいたら、すぐに修正するか、または付箋などの目印をつけまとめて修正しましょう

修正方法

修正は、下記の方法で行ってください

- 実績記録票 …………… 訂正箇所に二重線を引き、訂正印を押印してください
※請求担当者の印を押印してください
- 実績記録票以外の様式 …… 作り直しをしてください

※修正液や修正テープを用いての修正は認められません。

3.実績記録票

利用者毎にサービスの実績を記入してください。すべての項目の記入が必要です。

- ① サービス提供月が誤っていないか
- ② 受給者番号・利用者名・利用者負担の上限額などは誤っていないか
 - 特に利用者負担の有無は、請求額に影響しますのでご注意ください。
 - 利用者負担の上限額は、「0円」または「4,000円」です。それ以外の金額は記入しないでください。
- ③ 契約支給量が誤っていないか
 - 本市に提出済みの「契約内容表」記載の契約時間と異なるものが多く見られます。
- ④ サービス提供時間の計算が合っているか
 - 計算ミスが多く見られます。1行誤るだけで、請求書類すべての金額が変わってしまいます。
 - 最小30分単位で請求してください。また、時間単位で記入してください。
例) 9:00～10:30 →算定時間数・・・1.5時間
 - 15分、45分は繰り上げ可です。ただし、**最初20分以上**はサービスを行ってください。
例) 9:00～11:15 →算定時間数・・・2.5時間
例) 9:00～ 9:15 →算定不可
- ⑤ サービス内容（行き先・目的）に「等」や「など」と記入していないか
 - 「等」「など」と記入いただいている場合、詳細を具体的に記入いただく必要があります。
→スペースが不足する場合は、欄外に具体的に記入してください。
 - 行き先が特定**できるよう、詳細に記入してください。例) ●●スーパー××店、■■公園
 - 行き先が複数にわたる場合は、行をかえてご記入ください。
- ⑥ サービス内容は明確か 詳細は、P.5を参照してください。
- ⑦ サービス提供者確認欄・利用者確認欄に漏れがないか 鮮明に押印または、署名をしてください。
- ⑧ 算定時間の合計は合っているか
- ⑨ 算定時間の合計は、③の契約支給量を超えていないか
 - 超えている場合は、「他事業所から○○時間借りている」などのメモを枠外に記入してください。
- ⑩ 当月算定額（補助対象金額）、利用者負担額の合計、移動支援補助金の額は合っているか
- ⑪ 記入漏れがないか
 - サービス類型、派遣人数、サービス内容の目的、票最下部の合計行の記入漏れが多く見られます。
- ⑫ 実績記録票のコピーの上下左右が切れていないか

① 令和 年 月分

移動支援明細書兼サービス提供実績記録票

(様式)

登録事業所番号	事業所名	契約支給量	③ 時間/月
受給者番号(下7桁)	② 利用者名	利用者負担 の上限額	円/月

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数	計画 変更の 有無	サービス 類型	サービス内容		派遣 人数	利用者 負担額	サービス 提供者 確認欄	利用者 確認欄
		開始 時間	終了 時間				行き先	目的など				
		:	:	④	有・無	個・グ	⑤	⑥			⑦	
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		:	:		有・無	個・グ						
		報酬単価		算定時間 合計	①当月算定額(補助対象金額) [算定時間合計×報酬単価]			②利用者負担額 の合計		移動支援補助金の額 (①-②)		
個別 支援型	2,000円/60分	⑧		円			円	⑩			円	
グループ 支援型	1,000円/60分	⑨		円			円	⑪			円	
合計				円			円	⑫			円	

サービス内容の記入例

誰がみても、客観的にわかるように記入してください。

行き先	目的		注意事項
	悪い記入例 ✕	正しい記入例 ○	
自宅周辺		ウォーキング (体力増進) 散歩 (気分転換)	◆目的が未記入の事業所がおられます。ご注意ください。 ◆散歩や散策について、目的意識(気分転換や体力増進)を持って計画および支援を行ってください。 ◆繁華街は、駅を特定してください。
〇〇(駅)周辺		散策 (気分転換)	
〇〇(駅)周辺 スーパー▲▲ 〇〇(駅)周辺 ▲▲(飲食店名)		買い物 食事	◆〇〇(駅)周辺で、散策や散歩以外の『場所が特定できるような目的(食事・買い物etc)』で移動支援を利用された場合は、うち一カ所でも場所の詳細を追記してください
〇〇美容院(町名)	美容	カット、パーマ	◆ 店名・施設名の後に(町名)を記入 してください。例) 〇〇美容院(荒本北) ◆現地にて支援が不要な場合は、中抜き〇〇時間と記入してください。 ◆「通院・入退院・通所(障害福祉サービスに係るもの)」に移動支援は利用できませんので、ご注意ください。
〇〇病院(町名)	診断	友人のお見舞い	
〇〇園(町名) (施設の名称)	訪問	友人と面会	
〇〇薬局(町名)	保険調剤の受取り	日用品の買物	◆「保険調剤の受取り」は、家事援助のサービスが適用される為、移動支援は利用できません。
〇〇温泉、銭湯(町名)	入浴 お風呂	余暇活動 リフレッシュ	◆移動支援事業の趣旨にあった内容を記入してください。
〇〇会館(町名)	葬式 結婚式	知人の葬式への参列 知人の結婚式の出席	◆親族の式の場合、原則、ご家族に支援をお願いしています。
〇〇スーパー〇〇店 〇〇コンビニ〇〇店		買物	◆行き先が特定できるように 店舗名まで 具体的に記入してください。
〇〇公園		散策・散歩	◆公園が特定できるように記入してください。 例) △△公園(荒本北)
〇〇川浴い(町名)		ウォーキング (体力増進) 散歩(気分転換)	◆ 川の名称の後に(町名)を記入 してください。 例) 〇〇川浴い(菱屋西)

4.様式第 1、様式第 5、事業実績書に共通する項目

記入必須項目

- ① 地域生活支援事業の事業名 →（移動支援事業）に○をつけてください。
- ② 法人または事業所の所在地
- ③ 法人名
- ④ 法人または事業所の代表者の職・氏名

※**代表者の職の記入漏れ**が多く見られますので、ご注意ください。

- ⑤ 事業所名
-

様式第 1 : 補助金交付申請書

- 書類の作成日を右上に記入してください。
- 事業実績書で算出した「請求金額」と、「サービス提供月」を記入してください。
- 登録事業所番号（7桁）を右上に記入してください。

様式第 5 : 補助金交付請求書

- 東大阪市 HP に掲載の、「提出期日および振込日一覧」にある②請求書記入日を右上に記入してください。
- サービス提供月を記入してください。（用紙中央部分）
- 事業実績書で算出した「請求金額」と、「振込み先」を記入してください。
- 金融機関の統廃合で銀行名、支店名に変更があった時は、変更後の金融機関、支店名を記入してください。

※特に記入漏れ・誤りの多い項目に注意

事業実績書

(宛先) 東大阪市長

法人又は事業所の所在地
法人名
法人又は事業所の代表者の職・氏名
事業所名

地域生活支援事業 (移動支援事業・訪問入浴サービス事業)
令和 年 月 提供分

順番	受給者番号	利用者氏名	A 補助対象金額合計 (円) ※利用料含む	B 利用料合計 (円)	C 補助金の額 (円) (C = A - B)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
小計		名	円	円	円
合計		名	円	円	円

(枚中/ 1枚目)

(注) 上の表の太枠で囲んだ補助金の額を実績報告書の事業実績額の欄に記入してください。

(登録事業所番号)

様式第1 (第8条第1項関係)

記入漏れのないように

東大阪地域生活支援事業 (移動支援事業・訪問入浴サービス事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業) 補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 東大阪市長

法人又は事業所の所在地
法人名
法人又は事業所の代表者の職・氏名
事業所名

年度において、東大阪地域生活支援事業補助金を受けたいので、東大阪地域生活支援事業補助金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額 金 円
(ただし、 年 月 サービス提供分の補助金)

2 添付書類
(1) 事業実績書 **記入漏れのないように**
(2) 明細書兼実績記録票の写し
(3) 利用料管理表 (移動支援事業又は地域活動支援センター事業において利用料が上限に到達した時点でサービス提供した事業所・施設に限る。)

様式第5 (第12条第2項関係)

東大阪地域生活支援事業 (移動支援事業・訪問入浴サービス事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業) 補助金交付請求書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

法人又は事業所の所在地
法人名
法人又は事業所の代表者の職・氏名
事業所名

令和 年 月 日付東大阪福祉第 号で決定のあった令和 年度東大阪地域生活支援事業補助金について、東大阪地域生活支援事業補助金交付要綱第12条第2項の規定により、下記のとおり請求いたします。

記

1、請求額 円
(ただし、 年 月 サービス提供分の補助金)

記入漏れのないように

なお、振込み先については次の口座をお願いします。

振替先	金融機関名	支店名
預金種別	普通	当座
口座番号		
(フリガナ) 名 義		

同額となる

5.並び替え

以下の順に並び替えて、提出してください。

1. 様式第 1	交付申請書
2. 様式第 5	交付請求書
3. 事業実績書	事業実績書
4. 実績記録票	→利用者が複数いる場合、事業実績書で記入した利用者順に並び替えてください。

※ 1～3 は原本、4 は写しを提出してください。

4.実績記録票の原本の提出が多く見受けられますので、ご注意ください。

※実績記録票の提出もれはないか再度確認してください。

6.その他

利用料管理表について

利用者負担のある方で、かつ**複数の事業所を利用されている方**につきまして、記入いただいております。

※利用者負担のない場合や、利用者負担のある方で一つの事業所のみ利用している、提出は不要です。

修正分の提出について

修正依頼のファックスをご確認いただいた後、修正分を提出いただきますが、ご提出の際は、**市がお送りしたファックスを添付**していただくか、または「**修正分**」と記入した付箋を添付していただき、その他の書類と区別がつくようにしてください。

また、修正分を審査させていただいた結果、「修正されていない箇所がある」「修正後の請求金額が誤っている」など、再度修正をお願いするケースが見られます。修正分についても、提出前に不備がないか確認してください。

月遅れ請求について

請求書類は「サービス月の翌月に」「サービス月毎にまとめて」提出していただいておりますが、提出期限を過ぎて提出される事業所や、請求をしていなかった利用者分を後日請求される事業所があります。

年度を遡っての請求は、補助金の性質上、一切受付できませんのでご注意ください。

※年度は、毎年4月サービス提供分～翌年3月サービス提供分を1つの年度として考えます

★例)



補助金の返還について

次にいずれかに該当するときは、補助金の交付の決定を取り消し、もしくは補助金の交付決定額を変更し、又は既に交付した補助金の全部又は一部の返還を命ずることがあります。

- 虚偽の申請又は報告をして補助金の交付を受け、又は受けようとしたとき
- 誤った利用者実績により補助金の交付を受けたとき
- 補助金を目的外に使用したとき
- 交付条件に違反したとき
- 市長の指示に従わず報告もしくは調査を拒んだとき

7. 記入例

次ページ以降を参照してください。



(登録事業所番号_____)

様式第1 (第8条第1項関係)

登録通知書にある7桁の番号を記入してください。

東大阪市地域生活支援事業(移動支援事業)・訪問入浴サービス事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業) 補助金交付申請書

移動支援事業に○をつけてください。

令和 年 月 日

作成日を記入してください。

(宛先) 東大阪市長

事業所(法人)の情報を漏れなく記入してください。
代表者の職も記入必須です。

法人又は事業所の所在地 東大阪市荒本北一丁目1-×
法人名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪
法人又は事業所の代表者の職・氏名 理事長 東大阪 ○○
事業所名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪

令和 年度において、東大阪市地域生活支援事業補助金を受けたいので、東大阪市地域生活支援事業補助金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

サービス提供月の属する年度を記入してください。

記

事業実績書の太枠で囲んだ金額(補助金の額の合計)を記入してください。

- 1 補助金交付申請額 金 120,100円
(ただし、令和○○年△△月サービス提供分の補助金)
- 2 添付書類
 - (1) 事業実績書
 - (2) 明細書兼実績記録票の写し
 - (3) 利用料管理表(移動支援事業又は地域活動支援センター事業において利用料が上限に到達した時点でサービス提供した事業所・施設に限る。)

サービス提供年月を記入してください。

様式第5（第12条第2項関係）

東大阪市地域生活支援事業（移動支援事業）訪問入浴サービス事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業）補助金交付請求書

移動支援事業に○をつけてください。

令和 年 月 日

（宛先） 東大阪市長

東大阪市 HP に掲載の、「提出期日および振込日一覧」にある②請求書記入日を記入してください。

事業所（法人）の情報を漏れなく記入してください。代表者の職も記入必須です。

法人又は事業所の所在地 東大阪市荒本北一丁目1-×
法人名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪
法人又は事業所の代表者の職・氏名 理事長 東大阪 ○○
事業所名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪

記入しないでください。
（空白のまま）

令和 年 月 日付東大阪福障認第 号で決定のあった令和 年度東大阪市地域生活支援事業補助金について、東大阪市地域生活支援事業補助金交付要綱第12条第2項の規定により、下記のとおり請求いたします。

事業実績書の太枠で囲んだ金額（補助金の額の合計）を記入してください。

1、請求額 金120,100円

（ただし、令和〇〇年△△月サービス提供分の補助金）

サービス提供年月を記入してください。

記入必須です。

振込み先については次の口座をお願いします。

振替先	金融機関名 ××銀行	支店名 ○○支店
預金種別	普通	当座
口座番号	1234567	7桁です。ご確認ください。
（フリガナ） 名 義	トビヘルパーステーションびがしおか リゾウカ ビがしおか〇〇	
	（特非）ヘルパーステーション東大阪 理事長 東大阪 ○○	

金融機関名、支店名の統廃合があった時は、変更後の金融機関名、支店名を記入してください。

事業実績書

(宛先) 東大阪市長

事業所(法人)の情報を漏れなく記入してください。
代表者の職も記入必須です。

法人又は事業所の所在地 **東大阪市荒本北一丁目1-×**
 法人名 **特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪**
 法人又は事業所の代表者の職・氏名 **理事長 東大阪 ○○**
 事業所名 **特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪**

移動支援事業に○をつけてください。

地域生活支援事業 (移動支援事業)・訪問入浴サービス事業)

令和○○年△△月提供分

サービス提供年月を記入してください。

連番	受給者番号	利用者氏名	A 補助対象金額合計 (円) ※利用料含む	B 利用料合計 (円)	C 補助金の額(円) (C=A-B)
1	12345	布施 花子	12,000	1,200	10,800
2	678910	河内 市郎	50,500	4,000	46,500
3	18888	枚岡 進	8,800	0	8,800
4	65432	稲葉 太郎	40,000	4,000	36,000
5	13652	荒本 二郎	20,000	2,000	18,000
6					
7					
8					
9					
10					
小計		5名	131,300円	11,200円	120,100円
合計		5名	131,300円	11,200円	120,100円

実績記録票のとおり記入してください。

小計(合計)を算出してください。

(1枚目中/1枚目)

(注) 上の表のA～Cの金額を実績報告書の事業実績額の欄に記入してください。

利用者が10名を超える場合は、事業実績書が2枚以上必要です。

事業実績書の小計の金額をそれぞれ足し合わせ、合計行に記入してください。

登録事業所番号 1 0 4 9 9 9 9		事業所名 (特非)ヘルパーステーション東大阪	契約支給量 30時間/月
受給者番号(下7桁) 0 0 1 2 3 4 5		利用者 漏れなく記入してください。 「計画変更の有無」「サービス類型」「派遣人数」も記入必須	負担額 4,000円/月

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数	計画変更の有無	サービス類型	サービス内容		派遣人数	金額	署名欄	
		開始時間	終了時間				行き先	目的など			確認欄	確認欄
1	火	13:00	14:00	1	有・無	個・グ	自宅周辺	ウォーキング(体力増進)	1	200	荒本	布施
3	木	14:00	15:30	1.5	有・無	個・グ	難波駅周辺 〇〇スーパー ××店	散策(気分転換)・買物	1	300	長田	布施
13	日	10:00	11:00	1	有・無	個・グ	〇〇病院(荒本北)	友人のお見舞い	1	200	荒本	布施
21	月	15:00	17:00	1	有・無	個・グ	〇〇美容院(菱江)	パーマ(中抜き1時間)	1	200	荒本	布施
23	水	15:00	17:00	4	有・無	個・グ	〇〇スーパー ××店	日用品の買い物	2	800	長田	布施
24	木	11:00	24:00	13	有・無	個・グ	〇〇(■県△市)	旅行	1	2,300	荒本	布施
25	金	0:00	6:00	6	有・無	個・グ	〇〇(■県△市)	旅行	1	0	荒本	布施

【サービス内容について】
 移動支援事業の目的(余暇活動・社会参加)に合ったサービスを行ってください。
 ※算定できないサービス例
 ・保険診療(通院・入院)
 ・薬局にて保険調剤の受取り
 ・通学
 ・障害福祉サービスにかかる通所(送迎)
 ・クリーニング
 ・清潔保持を目的とした入浴

【記入上の注意】
 ①記入ミスがあった場合
 修正箇所には二重線を引き、訂正印を押し正しく記入してください。
 ※実績記録票の訂正印は、請求担当者の印を押してください。
 ②サービス内容に「等」や「など」を記入された場合
 具体的な内容を確認させていただきます。
 ※枠外に具体的な内容を記入いただくか、または「等」「など」は記入しないでください。(サービス内容記載の詳細についてはP.5参照)
 ③算定時間の合計(票左下)が契約支給量(票右上)を超えた場合
 「他の事業所から〇〇時間借りている」などのメモを枠外に記入してください。
 ④利用者を支援していない時間があった場合 ※上記、21日参照
 中抜き〇時間と記入し、算定時間数に反映させてください。
 ※サービスの開始時間と終了時間はそのまま記入してください。
 ⑤二人派遣の場合
 契約支給量と算定時間数は二人分記入してください。サービス提供者印または、サービス提供者の署名も二人分必要です。
 ⑥日をまたぎサービス提供される場合は、日ごとに記入してください。

計算ミスのないようご注意ください。
 なお、最下部の合計行も記入必須です。

	報酬単価	①当月算定額(補助対象金額) [算定時間合計×報酬単価]		②利用者負担額の合計		移動支援補助金の額 (①-②)	
個別支援型	2,000円/60分	27.5	55,000	円	4,000	円	51,000
グループ支援型	1,000円/60分			円		円	
合計		27.5	55,000	円	4,000	円	51,000