

移動支援サービス提供実績記録票（身障・知的・障害児）

## 記入例

|               |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |                     |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|---------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者証<br>番 号   | 0               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 支給決定障害者等氏名<br>(児 童 氏 名) | 富田林太郎<br>(富田林花子)    | 事 業 所 名       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|               |                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |                     | 2             | 7 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 |
| 契約支給量         | (2人介護可) 40 時間/月 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 事業者及びその事業<br>所          | 社会福祉法人〇〇会<br>富田林事業所 | 必ず 2 人分の印鑑が必要 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 利用者負担<br>上限月額 | 4,000 円         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |                     |               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| 日付  | 曜日 | サービス内容    | 居宅介護計画  |         |       | サービス提供時間 |         | 算定時間数 | 利用者負担額 | サービス提供者印 | 利用者確認印 |
|-----|----|-----------|---------|---------|-------|----------|---------|-------|--------|----------|--------|
|     |    |           | 開始時間    | 終了時間    | 計画時間数 | 開始時間     | 終了時間    |       |        |          |        |
| 1   | 火  | 散歩 (2 介)  | 14 : 00 | 16 : 00 | 2.0   | 14 : 00  | 16 : 00 | 2.0×2 | 800    | 印印       | 印      |
| 20  | 日  | 動物園 (2 介) | 13 : 00 | 17 : 00 | 4.0   | 13 : 00  | 17 : 00 | 4.0×4 | 3,200  | 印印       | 印      |
|     |    |           |         |         |       |          |         |       |        |          |        |
|     |    |           |         |         |       |          |         |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
|     |    |           | :       | :       |       | :        | :       |       |        |          |        |
| 合 計 |    |           |         |         | 6.0   |          |         | 20.0  | 4,000  |          |        |