

平成 年 月 分

居宅介護サービス提供実績記録票

受給者証番号										支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)		事業所番号																										
契約支給量																				事業者及びその事業所																		

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		派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数		開始時間	終了時間	時間	乗降				
					時間	乗降								

合計	居宅における身体介護	通院介護(身体介護を伴う)	家事援助	通院介護(身体介護を伴わない)	通院等乗降介助	計画 時間数計	内訳(適用単価別)				算定 時間数計	
							100%	90%	70%	重訪		

平成 年 月 分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

受給者証番号	支給決定障害者氏名	事業所番号									
		事業者及びその事業所									
契約支給量											

日付	曜日	重度訪問介護計画				サービス提供時間		算定時間数		派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数		開始時間	終了時間	時間	移動				
				時間	移動								
移動介護分		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
合計		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

平成 年 月分

短期入所サービス提供実績記録票

受給者証 番号													支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	事業所番号																		
														事業者及び その事業所																		
契約支給量																																

開始日		終了日		算定日数	送迎加算		食事提供 加算	利用者確認印	備考	
日付	曜日	日付	曜日		往	復				
合計					日	回	回			

平成 年 月 分

生活介護サービス提供実績記録票

受給者証 番号	支給決定障害者氏名	事業所番号
		事業者及び その事業所
契約支給量		

日付	曜日	サービス提供実績							利用者 確認印	備考
		サービス提供 の状況	開始時間	終了時間	送迎加算		訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算		
					往	復				
合計					回	回	回			

初期加算	利用開始日		30日目		当月算定日数	
------	-------	--	------	--	--------	--

枚中	枚
----	---

平成 年 月分

共同生活介護サービス提供実績記録票

受給者証 番号	支給決定障害者氏名	事業所番号	
		事業者及び その事業所	

日付	曜日	支援実績						利用者 確認印	備考
		サービス提供の 状況	夜間支援 体制加算	入院時支援 特別加算	帰宅時支援 加算	自立生活 支援加算	日中支援 加算		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
合計			回	回	回	回	回		

受給者証番号		支給決定障害者氏名										事業所番号									
補足給付適用の有無		補足給付額(日額)					円/日					事業者及びその事業所									
日付	曜日	支援実績			実費算定額				利用者確認印	備考											
		サービス提供の状況	入院・外泊時加算	入院時支援特別加算	食費の単価	朝食	昼食	夕食			光熱水費の単価										
											円/日	円/日	円/日	円/日	円/日	円/日					
					朝食	昼食	夕食	光熱水費													
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
合計		回	回	回	回	回	回	回	回												
					各小計		円		円												
					実費合計額				円												
入所時特別支援加算	利用開始日			30日目				当月算定日数													
地域移行加算	入所中算定日			退所日				退所後算定日													

平成 年 月 分

自立訓練(機能訓練)サービス提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者氏名		事業所番号	
契約支給量				事業者及びその事業所	

日付	曜日	サービス提供実績							利用者確認印	備考
		サービス提供の状況	提供形態	開始時間	終了時間	送迎加算 往復	食事提供加算			
合計		通所型	回	訪問型	1時間未満	回	1時間以上	回	回	

初期加算	利用開始日		30日目		当月算定日数	
------	-------	--	------	--	--------	--

枚中 枚

平成 年 月 分

自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票

受給者証 番号		支給決定障害者氏名	事業所番号		
	契約支給量			事業者及び その事業所	

日付	曜日	サービス提供実績							利用者 確認印	備考
		サービス提供 の状況	提供形態	開始時間	終了時間	送迎加算		短期滞在 加算		
往	復									
合計		通所型	回	訪問型	1時間未満	回		回	回	回
					1時間以上	回				

初期加算	利用開始日		30日目		当月算定日数	
------	-------	--	------	--	--------	--

平成 年 月分

宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票

受給者証 番号	支給決定障害者氏名	事業所番号	
		事業者及び その事業所	

日付	曜日	支援実績						利用者 確認印	備考
		サービス提供の 状況	夜間防災・ 緊急時支援 体制加算	食事提供 加算	入院時支援 特別加算	帰宅時支援 加算	日中支援 加算		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
合計		回	回	回	回	回			

初期加算	利用開始日		30日目		当月算定日数	
地域移行加算	入所中算定日		退所日		退所後算定日	

平成 年 月分

就労移行支援提供実績記録票

受給者証番 号		支給決定障害者氏名		事業所番号	
契約支給量				事業者及びその事業所	

日付	曜日	サービス提供実績							利用者 確認印	備考
		サービス提供 の状況	開始時間	終了時間	送迎加算		訪問支援特別加算	食事提供 加算		
往	復				時間数					
合計				回	回	回	移行準備 支援体制 加算(I)	当月	日	
								累計	日/180日	

初期加算	利用開始日		30日目	年 月 日	当月算定日数	
------	-------	--	------	-------	--------	--

	枚中		枚
--	----	--	---

平成 年 月分

就労継続支援提供実績記録票

受給者証 番号	支給決定障害者氏名	事業所番号
		事業者及びその事業所
契約支給量		

日付	曜日	サービス提供実績								利用者 確認印	備考
		サービス提供 の状況	開始時間	終了時間	送迎加算		訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算	施設外 支援		
					往	復					
合計					回	回	回	施設外 支援	当月 累計	日 日/180日	

初期加算	利用開始日	30日目	当月算定日数
------	-------	------	--------

平成 年 月分

共同生活援助サービス提供実績記録票

受給者証 番号	支給決定障害者氏名	事業所番号									
		事業者及び その事業所									

日付	曜日	支援実績						利用者 確認印	備考
		サービス提供の 状況	夜間防災・ 緊急時支援 体制加算	入院時支援 特別加算	帰宅時支援 加算	自立生活 支援加算	日中支援 加算		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
合計			回	回	回	回	回		

受給者証番号		支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	事業所番号
契約支給量			事業者及びその事業所

日付	曜日	サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間					

合計	身体介護を伴う場合	計画時間数計	内訳(適用単価別)			算定時間数計
			100%	90%	70%	
	身体介護を伴わない場合					

平成 年 月分

障害児入所支援提供実績記録票

受給者証 番号		給付決定保護者氏名 (障害児氏名)		事業所番号	
補足給付適用の有無		補足給付額(日額)	円/日	事業者及び その事業所	

日付	曜日	支援実績				実費算定額				保護者等 確認印	備考						
		サービス提供 の状況	入院・外泊時 加算	入院時支援 特別加算	自活訓練 加算	食費の 単価	朝食	円/日	昼食			円/日	夕食	円/日	光熱水費の単価	一日	円/日
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	

合計	回	回	回	回	回	回	回
	各小計		円		円		円
	実費合計額						円

地域移行加算	入所中算定日		退所日		退所後算定日	
--------	--------	--	-----	--	--------	--

平成 年 月分

児童発達支援提供実績記録票

受給者証 番号	給付決定保護者氏名 (障害児氏名)	事業所番号									
		事業者及び その事業所									
契約支給量											

日付	曜日	サービス提供実績								保護者等 確認印	備考
		サービス提供の 状況	開始時間	終了時間	送迎加算		家庭連携加算 時間数	訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算		
					往	復					
合計						回	回	回	回		

平成 年 月分

医療型児童発達支援提供実績記録票

受給者証番号												給付決定保護者氏名 (障害児氏名)		事業所番号					
契約支給量													事業者及びその事業所						

日付	曜日	サービス提供実績						保護者等 確認印	備考
		サービス提供の 状況	開始時間	終了時間	家庭連携加算	訪問支援特別加算	食事提供 加算		
					時間数	時間数			
合計					回	回	回		

平成 年 月分

放課後等デイサービス提供実績記録票

受給者証 番号	給付決定保護者氏名 (障害児氏名)	事業所番号	
		事業者及び その事業所	
契約支給量			

日付	曜日	サービス提供実績								保護者等 確認印	備考
		サービス提供の 状況	提供形態	開始時間	終了時間	送迎加算		家庭連携加算 時間数	訪問支援特別加算 時間数		
						往	復				
合計						回	回	回			

平成 年 月分

保育所等訪問支援提供実績記録票

受給者証 番号		給付決定保護者氏名 (障害児氏名)		事業所番号	
契約支給量				事業者及び その事業所	

日付	曜日	サービス 提供実績	保護者等 確認印	備考
		算定日数		
合計		日		