

平成30年10月分

地域生活支援事業サービス提供実績記録票

事業名	日中一時支援	利用決定障害者等氏名 (障害児氏名)	別府 花子		事業者及び その事業所	〇〇事業所
利用者負担 上限月額	9,300	契約支給量	個別支援10時間			

日付	曜日	サービス提供時間(計画)		サービス提供時間(実績)		実時間数	算定時間等数(※)						サービス提供者印	利用者確認印	
		開始時間	終了時間	開始時間	終了時間		送迎		タイムケア	ショートステイ					長期休暇
							往	復		~4H	4~8H	8H~			
5	金	9:00	15:00	9:00	15:00	6.0	○		○						
12	金	9:00	15:00	9:00	15:00	6.0	○		○						
14	日	9:00	15:00	9:00	15:00	6.0	○	○			○				
26	金	9:00	15:00	9:00	12:00	3.0	○		○						
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
		:	:	:	:										
合計						21.0	5	3		8					
										8					

確認印をお願いします。  
※ 原本は事業所保管  
(市役所へはコピーを提出)

※ 合計欄は、ショートステイについては時間数、それ以外は回数を記入。  
※ 長期休暇中は、登校日はタイムケア、土日祝はショートステイ、それ以外は長期休暇欄に記入。