様式第12号（第11条関係）

移動支援サービス提供実績記録票（　　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 事業所番号 |  |
| 利用障害者（児）氏名 | □身体介護あり　□身体介護なし | 事業所の名称 |  |
| 契約支給量 | 時間／月 | 利用者負担上限月額 | 円 |
|  |
| 日 | 曜日 | 介護計画 | サービス提供時間 | 算定時間数 | 派遣人数 | 備考 | 利用者確認欄 |
| 開始時間 | 終了時間 | 計画時間数 | 開始時間 | 終了時間 | 日中 | 夜間早朝 | 深夜 | 合計 |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  | ： | ： |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  | 計画時間数 | 内訳（適用単価別） | 算定時間数計 |
| 100% | 90% | 70% |
| 身体介護を伴う |  |  |  |  |  |
| 身体介護を伴わない |  |  |  |  |  |
| (注)１　減算対象のサービス提供実績については、サービス提供者の備考欄に「3級」「視ガ」「全ガ」「知ガ」「重訪」のいずれかを記入してください。 |
| ２　2人派遣を行った場合は、いずれか一方のサービス提供者の備考欄に「2人目」と記入してください。３　グループ支援を行った場合は、サービス提供者の備考欄に「グループ」と記入してください。 | 枚中 | 枚目 |