











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						
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 時間数	食事提供 加算		
					往	復				
合計										

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

平成 年 月分

施設入所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									
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									
朝食	昼食					夕食	一日	一月	一日	一月	一日	一月	一日	一月							
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	各小計	円	円	円	円	円	円									
						実費合計額															
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		食事提供 加算		
									往	復
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	
------	-------	--	------	--	--------	--





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	夜間支援等 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	日	
								累計		日/180日	

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	夜間支援等 体制加算	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		

自立生活支援加算	入居中算定日		退居日		退居後算定日	
----------	--------	--	-----	--	--------	--

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	外部サービス利用型 共同生活援助計画			サービス提供時間		算定 時間数	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									









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	光熱水費の単価			
							昼食	円/日	一日			円/日
							夕食	円/日	一月			円/月
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												
31												
合計		回	回	回	回	回	回	回	回	回		
						各小計	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	
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	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	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	
		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	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	
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	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		
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		