

記載例

本は事業所で保管>

112193上尾市

日中一時支援事業サービス提供実績記録票

令和 6 年 11 月分

支給者証 番号	2	5	2	5	支給決定障害者等 氏名(障害児氏名)	日中 花子	事業所番号	1	1	1	1	9	9	9	9
決定支給量及び区分	7 日 (区分 2)				事業者及び その事業所 の名称	特定非営利活動法人 ○○○○									
利用者負担	10%														

日付	曜日	サービス提供実績							送迎 回数 片道:1 往復:2	備考	
		利用時間		サービス内容							
		開始時間	終了時間	障害者施設(知身・精・児)			障害児通所支援施設				
		4時間未満 (0.25日)	4時間以上 (0.5日)	8時間以上 (0.75日)	(1日)	放デイ併用 (1日)					
15	金	15:00	18:00	0.25					2		
18	月	13:00	17:00		0.5				2		
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
合計				1 回 (利用量計)	1 回	回	日	日	4 回	利用者 確認欄	日 中

該当する施設に○
をしてください

利用者に確認印を
もらってください
シャチハタ可、サイン可