

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
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

### 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		
時間数	時間数							
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		