（様式13）

平成〇〇年　4　月分　　自立訓練(機能訓練)サービス提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・【サービス提供の状況】欄を追加
・提供形態に「視覚障害者に対する専門的訓練の場合」を追加
・訪問型合計（1時間未満／1時間以上）のカウント方法に（視覚障害者に対する専門的訓練の場合は含めない）を追記。

事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
事業者及びその事業所	〇〇事業所									

付	日	サービス提供の状況	提供形態	開始時間	終了時間	欠席時対応加算	確認印	備考
2	月		1	9:00	17:00	1		
3	火		1	9:00	17:00	1		
4	水		1	9:00	17:00	1		
5	木		2	9:00	10:00			
6	金		2	9:00	12:00			
9	月	欠席						
10	火		1	9:00	17:00	1		
11	水		1	9:00	17:00	1		
12	木		2	9:00	17:00			
13	金		2	9:00	17:00			
16	月		1	9:00	17:00	1		
17	火		1	9:00	17:00	1		
18	水		1	9:00	17:00	1		
19	木		2	9:00	17:00			
20	金		2	9:00	17:00			
23	月		1	9:00	17:00	1		
24	火		1	9:00	17:00	1		
25	水		1	9:00	17:00	1		
26	木		2	9:00	17:00			
27	金		2	9:00	17:00			
30	月		1	9:00	17:00	1		
合計		通所型	12回	訪問型	1時間未満	4回	12回	
					1時間以上	4回		

次の区分により、サービスの提供形態を記載する。
・通所型・・・「1」
・訪問型・・・「2」
・訪問型（視覚）・・・「3」

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

通所型の回数を記載する。

訪問型の1時間未満、1時間以上の回数の合計を記載する。ただし、訪問型（視覚）の回数は合計に含めない。

下部は生活介護と同様。

初期加算	利用開始日	〇〇年4月2日	30日目	〇〇年5月1日	当月算定日数	20日

	枚中		枚