

平成 年 月分

障害児施設支援(入所)提供実績記録票

受給者証番号	支給決定障害者等氏名	事業所番号
補足給付適用の有無	補足給付額(月額) 円/日	施設の名称

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	自活訓練加算	食費の単価	朝食	昼食	夕食			光熱水費の単価
1	日											
2	月											
3	火											
4	水											
5	木											
6	金											
7	土											
8	日											
9	月											
10	火											
11	水											
12	木											
13	金											
14	土											
15	日											
16	月											
17	火											
18	水											
19	木											
20	金											
21	土											
22	日											
23	月											
24	火											
25	水											
26	木											
27	金											
28	土											
29	日											
30	月											
31	火											

合計	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
					各小計		円		円		円	
					実費合計額		円		円		円	

地域移行加算	入所中算定日	年 月 日	退所日	年 月 日	退所後算定日	年 月 日
--------	--------	-------	-----	-------	--------	-------