

平成 年 月分 障害児施設支援(通所)実績記録票

受給者証番号	氏名	事業所番号	
		施設種類	施設の名称

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	食事提供 加算	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		