（様式３－１）

平成　　年　　月分

# 重度訪問介護サービス提供実績記録票（案）

| 受給者証番号 | | 支給決定障害者氏名 | | 事業所番号 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 契約支給量 | | | | 事業者及びその事業所 | |

| 日付 | 曜日 | | 重度訪問介護計画 | | | | サービス提供時間 | | 算定時間数 | | 派遣人数 | サービス提供者印 | 利用者確認印 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 開始時間 | 終了時間 | 計画時間数 | | 開始時間 | 終了時間 | 時間 | 移動 | | | | |
| | | | | | 時間 | 移動 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 移動介護分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | |

| | 枚中 | | 枚 |
|---|---|---|---|

（様式３－１）

平成〇〇年　4　月分

# 重度訪問介護サービス提供実績記録票（案）

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

| | | | |
|---|---|---|---|
| 生　太郎 | | 事業所番号 | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 |
| 契約支給量 | 重度訪問介護（うち移動介護15時間）　60時間／月 | 事業者及びその事業所 | 〇〇事業所 |

| 日付 | 曜日 | | 重度訪問介護計画 開始時間 | 重度訪問介護計画 終了時間 | 計画時間数 時間 | 計画時間数 移動 | サービス提供時間 開始時間 | サービス提供時間 終了時間 | 算定時間数 時間 | 算定時間数 移動 | 派遣人数 | サービス提供者印 | 利用者確認印 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 月 | | 7:00 | 10:00 | 3 | | 7:00 | 10:00 | 3 | | 1 | | | 初回加算 |
| | | | 11:00 | 13:30 | 2.5 | 2.5 | 11:00 | 13:30 | 2.5 | 2.5 | 1 | | | |
| | | | 20:00 | 23:00 | 3 | | 20:00 | 23:00 | 3 | | 1 | | | |
| 5 | 木 | | 6:00 | 9:00 | 3 | | 6:00 | 9:00 | 3 | | 1 | | | |
| | | | 11:00 | 14:00 | 3 | 3 | 11:00 | 14:00 | 3 | 3 | | | | |
| | | | 20:00 | 23:00 | 3 | | 20:00 | 23:00 | 3 | | 1 | | | |
| 7 | 土 | ① | 0:00 | 23:00 | 23 | 4 | 0:00 | 23:00 | 23 | 4 | 1 | | | |
| | | ② | 13:00 | 16:00 | 3 | | 13:00 | 16:00 | 3 | | 1 | | | |
| 10 | 火 | | | | | | 6:00 | 9:00 | 3 | | 1 | | | 緊急時対応加算 |
| 移動介護分 | | | | | | 9.5 | | | | 9.5 | | | | |
| 合計 | | | | | 43.5 | | | | 46.5 | | | | | |

3時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は一人分の3時間とし、下の合計欄においては6時間を記載する。（3時間×2人＝6時間）

移動介護加算を算定する時間数を記載する。

二人派遣で時間がずれた場合、2行に分けて記載する。
一行目は全体の通算時間を記載する。
二行目はヘルパーが重複している時間帯を記載する。派遣人数は行ごとに1と記載する。

移動介護加算を算定する時間数を記載する。
「所要時間3時間以上の場合」の単価を適用する場合は「4」を記載する。（例：実際の移動介護時間数が5時間の場合「4」を記入。）

「初回加算」、「緊急時対応加算」を算定した日については、備考欄に「初回加算」、「緊急時対応加算」と記載する。

| | 枚中 | | 枚 |
|---|---|---|---|