（様式20）

平成　　年　　月分

地域移行支援提供実績記録票（案）

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

日付	曜日	支援実績		利用者確認印	備考
		算定日数	サービス提供の状況		
合計		日			

退院・退所月加算	退院・退所日	

（様式20）

平成〇〇年　4月分

地域移行支援提供実績記録票（案）

受給者証番号	9 9 0 0 0 1 1 1 1 1	支給決定障害者氏名	厚生　太郎	事業所番号	9 9 3 0 0 0 0 0 0 1
				事業者及びその事業所	〇〇事業所

日付	曜日	支援実績		利用者確認印	備考
		算定日数	サービス提供の状況		
1	日	1			訪問相談
13	金	1			同行支援
16	月	1	体験宿泊Ⅱ		同行支援
17	火		体験宿泊Ⅰ		
23	月	1	体験宿泊Ⅱ		同行支援
24	火	1	体験宿泊Ⅰ		訪問相談
25	水		体験宿泊Ⅰ		
30	月	1	体験利用		同行支援
合計		6日			

本体報酬及び集中支援加算の対象となる支援を実施した場合は、支援の具体的な内容を記載する。

本体報酬及び集中支援加算の対象となる支援を実施した場合は、「算定日数」欄に「1」を記載する。

サービス提供の状況に応じて、以下のいずれかを記載する。

・体験利用の場合・・・「体験利用」
・体験宿泊Ⅰの場合・・・「体験宿泊Ⅰ」
・体験宿泊Ⅱの場合・・・「体験宿泊Ⅱ」

退院・退所月加算を算定する場合、施設等からの退院・退所日を記載する。

退院・退所月加算	退院・退所日	〇〇年4月27日