

平成 年 月分

医療型児童発達支援提供実績記録票(案)

[illegible][illegible]

	枚中		枚
--	----	--	---

平成〇〇年 4月分

医療型児童発達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	給付決定保護者氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
契約支給量	医療型児童発達支援 20日／月										事業者及び その事業所	〇〇事業所											

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	家庭連携加算 時間数	訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算		
2	月	欠席							
3	火		10:00	17:00			1		算定日数のうち、加算対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日数を記載する。
4			10:00	17:00			1		
5			10:00	11:00	1				
6	金		10:00	12:00	2				
9	月		10:00	11:00		1			訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行う場合は、その時間を記載する。 ※ 月に2回を限度とする。 ※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。
10	火		10:00	17:00	1				
11	水		10:00	17:00					
12	木		10:00	11:00	1				
13	金		10:00	12:00	2				
16	月		10:00	11:00		1			
合計					5回	3回	4回		