

令和〇〇年10月分

居宅介護サービス提供実績記録票

受給者証 番号	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	厚 1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1時間とし、 下の合計欄においては2時間を記載する。 (1時間×2人＝2時間)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし 〇△□事業所																				
日付	曜日	サービス 内容	開始 時間	終了 時間	計画時間数 時間 乗降	開始 時間	終了 時間	算定時間 時間	人数	初 回 加 算	緊 急 時 対 応 加 算	福 祉 専 門 職 員 等 連 携 加 算	サービス	利用者	備考					
1	日	身体	10:00	11:30	1.5	10:00	11:30	1.5	1	1										
2	月	通院(伴う)	10:00	11:00	1	10:00	11:00	1	2											
5	木	家事	15:00	16:15	1.25															
5	木	家事(基礎等)				15:00	16:15	1.25	1											
13	金	乗降	18:00	18:30	1	18:00	18:30		1	1										
15	日	① 身体	13:00	16:00	3	13:00	16:00	3	1											
15	日	② 身体	14:00	15:00	1	14:00	15:00	1	1											
16	月	① 身体	13:00	15:00	2	13:00	15:00	2	1											
16	月	② 身体(基礎等)	14:00	16:00	2	14:00	16:00	2	1											
30	月	身体(重訪)	22:00	23:00	1	22:00	23:00	1	1											
3	火	通院(伴う)	10:00	11:30	1	10:00	11:30	1	1							運転中10:15～10:45を除く				
10	火	身体	8:00	11:00	1.5	8:00	11:00	1.5	1							空き時間8:45から10:00/10:45から11:00				
17	日					12:00	13:00	1	1		1									
19	月				2	8:00	10:00	2	1			1				同一建物減算				
(注)3日、10日の利用分については、本資料作成都合上、暦の順序から分けて記載しています。 当該サービス提供月において、居宅介護計画に記載したサービス提供予定日、その曜日を記載する。また、ヘルパーを2人派遣する場合で2行に分けて記載する場合はヘルパーごとに番号(丸囲み)を記載する。(様式2及び様式3-1についても同様。) 2時間以上サービス間隔があかなかった場合、1行にサービス時間全体を通しての開始時間及び終了時間を記載し、備考欄に空き時間を記載する。 算定時間は、通算時間の3時間－空き時間の1.5時間＝1.5時間 緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。 福祉専門職員等連携加算を算定する場合、「1」を記載する。 事業所と同一敷地の建物又は利用者が20人以上居住する建物の利用者に提供した場合、「同一建物減算」を記載する。 事業所と同一敷地の建物であって利用者が50人以上居住する建物の利用者に提供した場合、「同一建物減算(大規模)」を記載する。 乗降の場合は回数を記載する。 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。 二人派遣の時間帯がある場合で、1人目と2人目の従事者要件(基礎研修課程修了者や重度訪問研修修了者)が異なる場合は、それぞれ行を分けて記載する。 減算対象となる従業者によりサービス提供した場合は、当該従業者の資格(基礎等)(重訪)を併記する。																				
合計			計画 時間数計		内訳(適用単価別)				算定 時間数計											
					100% 90% 70% 重訪															
居宅における身体介護			14		12 2 1				15											
通院介護(身体介護を伴う)			2		3				3											
家事援助			1.25		1.25				1.25		1回 1回 1回									
通院介護(身体介護を伴わない)																				
通院等乗降介助			1		1				1											

	枚中		枚
--	----	--	---

令和〇〇年10月分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者氏名										厚生 太郎		事業所番号									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
契約支給量		入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院」と記載する。 連続して90日を超える入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院(長期)」と記載する。										熟練ヘルパーが新任ヘルパーに同行してサービス提供を行った場合、「1」を記載する。											
日付	曜日	サービス提供の状況	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	同行支援	初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援連携加算	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 時間 移動	開始時間	終了時間	時間	移動														
2月		入院	7:00	10:00	3		7:00	10:00	3		1												
		入院	11:00	13:30	2.5	2.5	11:00	13:30	2.5	2.5	1												
		入院	20:00	23:00	3		20:00	23:00	3		1												
5木		入院	6:00	9:00	3		6:00	9:00	3		2	1											
		入院	11:00	14:00	3	3	11:00	14:00	3	3	2												
		入院	20:00	23:00	3		20:00	23:00	3		1												
7土	①	入院(長期)	0:00	23:00	23	4	0:00	23:00	23	4	1												
	②	入院(長期)	13:00	16:00	3		13:00	16:00	3		1												
10火							6:00	9:00	3		1			1									
13金			9:00	12:00	3		9:00	12:00	3		1				1								
			移動介護加算を算定する時間数を記載する。				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。)																
			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。																				
旧様式からの変更点 ・様式変更なし																							
移動介護分			/	9.5	/	/	/	/	12.5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
合計			46.5	/	/	/	/	55.5	/	/	/	回	1回	1回	/	/	/	/					

(作成例)

1	枚 中	1	枚
---	-----	---	---

令和〇〇年10月分

短期入所サービス提供実績記録票

受給者証 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1
												事業者及び その事業所	〇〇事業所								

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

日付	曜日	算定 日数	送迎加算		食事提供 加算	医療連携 体制加算	緊急短期 入所受入 加算	定員超過 特例加算	利用者 確認印	備考
			往	復						
2	月	1	1		1					医療連携体制加算(Ⅰ)が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。 医療連携体制加算(Ⅱ)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。 医療連携体制加算(Ⅳ)が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。 医療連携体制加算(Ⅵ)が算定される支援を行った場合、「6」を記載する。 医療連携体制加算(Ⅶ)が算定される支援を行った場合、「7」を記載する。
3	火	1			1					
4	水				1					
9	月	1	1		1					
10	火	1			1					
11	水	1					1			
18	水	1			1					
19	木									
20	金									
23	月	1	1		1					
24	火	1								単独型加算(18時間以上)
25	水	1		1						
28	土	1	1							強度行動障害を有する者に対し、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者が支援を行った場合、備考欄に記載する。
29	日	1			1			1		
30	月	1		1	1					介護を行う者の急病等
										【定員超過特例加算】欄が「1」となる場合、緊急受入となる具体的な内容を記載する。
										該当受給者の緊急受入により利用定員を超過し、定員超過特例加算を算定する場合、「1」を記載する。 同一日、同一事業所内の他の利用者の緊急受入により、定員超過特例加算を算定する場合、「2」を記載する。
合計		18日		10回	18回	1回	1回	1回		

令和〇〇年10月〇〇日

支援提供実績記録票

支給決定障害者の受給者証の記載により補足給付の適用があるか否かの確認を行い、適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載する。				氏名		厚生 太郎		事業所番号		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1									
補足給付適用の有無		2		補足給付額(日額)		600 円/日		補足給付適用の有無が「2」の場合は、日額を記載する。		〇〇作業所									
日付	曜日	支援実績					実費算定額				利用者	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	地域移行 加算	体験宿泊 支援加算	食費 の単 価	朝食	昼食	夕食			光熱水費の単価						
							朝食	300	円/日		光熱水費の単価								
							昼食	300	円/日										
							夕食	300	円/日										
							一日		円/日	一月									
食費の単価: 毎食単位又は一日単位の単価を記載する。 光熱水費の単価: 一月単位又は一日単位の光熱水費の額を記載する。																			
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし																			
4	水	入院	1																
5	木	入院	2																
6	金	入院	2																
7	土	入院	2	1															
8	日	入院																	
入院・外泊時加算(Ⅰ)が算定される日に、「1」を記載する。 入院・外泊時加算(Ⅱ)が算定される日に、「2」を記載する。 入院又は外泊時の費用の算定について、入院又は外泊の期間は初日及び最終日は含まない。																			
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。																			
利用契約に従って、施設が費用を徴収する日については「1」を記載する。																			
体験宿泊支援加算が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。																			
利用契約に従って、食事の提供を行ったときは、各食ごとに「1」を記載する。 1日単位で契約している場合は、朝食、昼食、夕食全てに「1」を記載する。																			
16	月	外泊							1		1								
17	火	外泊	1																
18	水	外泊							1		1								
19	木							1	1	1	1								
20	金					1					1								
21	土										1								
22	日										1								
23							1	1	1		1								
24							1	1	1										
25							1	1	1										
26							1	1	1										
27							1	1	1										
28							1	1	1										
29								1											
30	月							1											
入院により本体報酬が算定できない日(入院・外泊時加算を算定する日。)が6日を超える場合で、個別支援計画に基づき入院期間中入院先を訪問し、入院先との連絡調整及び被服等の準備その他の日常生活上の支援を行った場合に「1」を記載する。(月1回算定)																			
退所後において地域移行加算が算定される支援を行った日を記載する。 ※ 退所月と退所後における地域移行加算の算定月が異なる場合は、受給者証番号、受給者氏名などの基本情報と本欄の退所日、退所後算定日のみ記載する。																			
合計			9回	1回	1回		1回	18回	18回										
							各小計												
							実費合計額												
入所時特別支援加算		利用開始日				30日目				当月算定日数									
地域移行加算		退所日		〇〇年10月30日		退所後算定日													

	枚中		枚
--	----	--	---

令和〇〇年10月分 自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

生 太郎

事業所番号
1111111111

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									利用者 確認印	備考
		サービス提供 の状況	提供形態	開始時間	終了時間	送迎加算 往復	短期滞在 加算	食事提供 加算	医療連携 体制加算	体験利用 支援加算		
2	月		1	9:00	12:00	1	1					次の区分により、サービスの提供形態を記載する。 ・通所型・・・「1」 ・訪問型・・・「2」 ・訪問型(視覚)・・・「3」
4	水		2	9:00	12:00							
6	金		1	9:00	12:00	1	1	1				
7	土		1	9:00	12:00	1	1	1	1			短期滞在加算の算定対象となる支援を行った日には「1」を記載する。
9	月		2	9:00	12:00							
11	水	欠席										サービスの開始時間及び終了時間を記載する。
13	金		1	9:00	12:00	1	1		1			
16	月	欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。		9:00	12:00	1	1					片道単位で回数を記載する。
18	水			9:00	12:00	1	1		1	1		障害福祉サービスの体験利用支援加算の対象となる支援を実施した場合、初日から5日目までは「1」、6日目から15日目までは「2」を記載する。
20	金			9:00	12:00	1	1	1	1			
21	土		1	9:00	12:00	1	1	1	1			
23	月									1		
25	水		2	9:00	9:30							
27	金		2	9:00	9:30							医療連携体制加算(Ⅰ)が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。 医療連携体制加算(Ⅱ)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。 医療連携体制加算(Ⅳ)が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。
30	月		1	9:00	12:00	1	1					
												通所型の回数を記載する。
												訪問型の1時間未満、1時間以上の回数の合計を記載する。ただし、訪問型(視覚)の回数は合計に含めない。
合計		通所型	9回	訪問型	1時間未満 2回 1時間以上 2回	18回	4回	9回	1回	1回		

初期加算	利用開始日	〇〇年10月2日	30日目	〇〇年10月31日	当月算定日数	13日
------	-------	----------	------	-----------	--------	-----

令和〇〇年10月分

宿泊型自立訓練サービス提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

厚生 太郎

事業所番号

1 1 1 1 1 1 1 1 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
		サービス提供の 状況	夜間支援等 体制加算	食事提供 加算	入院時支援 特別加算	帰宅時 支援加算	日中支援 加算	医療連携 体制加算	地域移行 加算		
1	日		3	1							
2	月	入院		1							
3	火	入院									
4	水	入院	夜間支援等体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たす場合、「1」を記載する。								
5	木	入院									
6	金	入院	夜間支援等体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たす場合、「2」を記載する。								
7	土	入院									
8	日	入院	夜間支援等体制加算(Ⅲ)の算定要件を満たす場合、「3」を記載する。								
9	月	入院									
10	火	入院	※すべてサービス提供日に限る。								
11	水	入院									
12	木		3	1							
13	金		3	1				1			
14	土		3	1							
15	日		3	1							
16	月		1	1							
17	火		1	1							
18	水		1	1							
19	木		1	1							
20	金		1	1							
21	土		1	1					1		
22	日		1	1							
23	月		2	1			1				
24	火		2	1			1				
25	水		2	1			1				
26	木		2	1			1				
27	金		2	1			1				
28	土		2	1							
29	日		2	1							
30	月		2	1							
合計			21回	22回	2回	回	5回	1回	1回		

医療連携体制加算(Ⅰ)が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。

医療連携体制加算(Ⅱ)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。

医療連携体制加算(Ⅳ)が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。

日中支援加算の算定要件を満たす支援を行った場合「1」を記載する。
※報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合(実際に支援を行った場合)は記載する。

利用中において、地域移行加算の算定要件を満たす支援を行った場合、「1」を記載する。
※利用中に2回を限度とする。

当該月における初期加算の算定日数(初期加算の算定可能期間のうち本体報酬が算定される日数)を記載する。

初期加算	利用開始日	〇〇年10月1日	30日目	〇〇年10月30日	当月算定日数	22日
地域移行加算	退所日	〇〇年10月30日	退所後算定日			

令和〇〇年10月分

就勞移行支援提供実績記録票

■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
		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										利用者 確認印	備考	
		サービス提供 の状況	開始時間	終了時間	送迎加算		訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算	医療連携 体制加算	通勤訓練 加算	体験利用 支援加算			移行準備 支援体制 加算
					往	復								
2	月		9:00	11:00			2							
3	火		9:00	17:00	1	1		1	1					
4	水	片道単位で回数を記載する。						1						
5	木		9:00							1				
6	金				医療連携体制加算(Ⅰ)が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。									
9	月	欠席			医療連携体制加算(Ⅱ)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。									
10	火										1		日報有り(職場体験実習)	
11		欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。			医療連携体制加算(Ⅳ)が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。								2	
12											1		日報有り(職場体験実習)	
13	土				1	1					2			
16	月		9:00	17:00	1	1		1						
17	火		9:00	17:00	1	1		1						
18	水		9:00	17:00	1	1		1						
19	木		9:00	17:00	1	1		1						
20	金		9:00	17:00	1	1		1						
23	月		9:00	17:00	1	1		1						
24	火		9:00	17:00	1	1		1						
25	水		9:00	17:00	1	1		1						
26	木		9:00	17:00	1	1		1						
27	金									1				
30	月		9:00	17:00	1	1		1						
合計					36回	1回	14回	1回	1回	1回	移行準備支援体制加算(Ⅰ)	当月 累計	2日 15日/180日	

初期加算	利用開始日	〇〇年10月2日	30日目	〇〇年10月31日	当月算定日数	19日
------	-------	----------	------	-----------	--------	-----

	枚中		枚
--	----	--	---

令和〇〇年10月分

就労継続支援提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

氏名 生 太郎

事業所番号 1111111111

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										利用者 確認印	備考
		サービス提供 の状況	開始時間	終了時間	送迎加算		訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算	医療連携 体制加算	体験利用 支援加算	施設外 支援		
					往	復							
2	月		9:00	11:00			2						
3	火		9:00	17:00	1	1		1	2				
4	水		9:00	17:00	1	1		1					
5	木												
6	金												
9	月	欠席											
10	火										1		日報有り(職場体験実習)
11		欠席時対応加算を 算定する場合、「欠 席」を記載する。									1		〃
12						1	1				1		〃
13						1	1				1		〃
16	月		9:00	17:00	1	1		1					
17	火		9:00	17:00	1	1		1					
18	水		9:00	17:00	1	1		1					
19	木		9:00	17:00	1	1		1					
20	金		9:00	17:00	1	1		1					
23	月		9:00	17:00	1	1		1					
24	火		9:00	17:00	1	1		1					
25	水		9:00	17:00	1	1		1					
26	木		9:00	17:00	1	1		1					
27	金									1			
30	月		9:00	17:00	1	1		1					
合計					36回		1回	14回	1回	1回	施設外 支援	当月 累計	4 日 15 日/180日

初期加算

利用開始日 〇〇年10月2日

30日目

〇〇年10月31日

当月算定日数

19日

令和〇〇年10月分

共同生活援助サービス提供実績記録票

受給者証	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者氏名	厚生 太郎	事業所番号	9	9	2	0	0	0	0	0	0
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし												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
		サービス提供の 状況	住居外 利用	夜間支援等 体制加算	入院時支援 特別加算	帰宅時支援 加算	日中支援 加算	医療連携 体制加算	自立生活 支援加算		
1	日			3				2			
2	月	入院									
3	火	入院									
4	水	入院									
5	木	入院									
6	金	入院				1					
7	土	外泊									
8	日	外泊									
9	月	外泊									
10	火	外泊									
11	水	外泊				1					
12	木	外泊									
13	金	外泊									
14	土										
15	日	入院									
16	月	入院→外泊									
17	火	外泊									
18	水	外泊→入院									
19	木	入院									
20	金	入院									
21	土	入院→共同生活住居に戻る→外泊									
22	日	外泊									
23	月										
24	火										
25	水										
26	木										
27	金										
28	土										
29	日										
30	月										
合計		1日	12回	2回	2回	6回	1回	1回			
自立生活支援加算		退居日 〇〇年10月30日 退居後算定日									

医療連携体制加算(Ⅰ)が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。
 医療連携体制加算(Ⅱ)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。
 医療連携体制加算(Ⅳ)が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。

夜間支援等体制加算(Ⅰ)の算定要件を満たす場合、「1」を記載する。
 夜間支援等体制加算(Ⅱ)の算定要件を満たす場合、「2」を記載する。
 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の算定要件を満たす場合、「3」を記載する。
 ※すべてサービス提供日に限る。

入院時支援特別加算の算定要件を満たす支援を行った場合「1」を記載する。
 ※報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合(実際に支援を行った場合)は記載する。

帰宅時支援加算の算定要件を満たす支援を行った場合「1」を記載する。
 ※報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合(実際に支援を行った場合)は記載する。

日中支援加算(Ⅰ)の算定要件を満たす支援を行った場合、「1」を記載する。
 日中支援加算(Ⅱ)の算定要件を満たす支援を行った場合、「2」を記載する。
 ※報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合(実際に支援を行った場合)は記載する。

入居中において、自立生活支援加算が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。
 ※入居中に2回を限度とする。

日中サービス支援型の事業所において、該当受給者が日中を当該共同生活住居以外で過ごした場合、「1」を記載する。

報酬算定上は月1回を限度とするが、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(同一月内で月2回算定できないが記載する)。

退居後において自立生活支援加算が算定される支援を行った日を記載する。
 ※ 退居月と退居後における自立生活支援加算の算定月が異なる場合は、受給者証番号、受給者氏名などの基本情報と本欄の退居日、退居後算定日のみ記載する。

支給決定障害者が当該共同生活住居を退居した日を記載する。

令和〇〇年10月分

共同生活援助サービス提供実績記録票

受給者証 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者氏名	厚生 太郎	事業所番号	9	9	2	0	0	0	0	0	1
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし												事業者及び その事業所	〇〇事業所									

日付	曜日	外部サービス利用型 共同生活援助計画			サービス提供時間		算定 時間数	利用 人数	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				
1	火	6:00	6:15	0.25	6:00	6:15	0.25			算定時間数は、0.25(15分)単位で記載する。
4	金	9:00	10:00	1	9:00	10:00	1	1		
4	金	17:00	18:00	1	17:00	18:00	1			サービス提供を行っていない時間(空き時間)が2時間以上の場合、複数のサービス提供として取り扱い、算定時間数は別々に記載する。
5	土	9:00	10:00		9:00	10:00				
5	土	11:00	12:30	2.5	11:00	12:30	2.5			サービス提供を行っていない時間(空き時間)が2時間未満の場合、一連のサービス提供として取り扱い、算定時間数は最終行にまとめて記載する。
										受託居宅介護サービス費を算定する時間数を記載する。
8	火	10:00	12:30	2.5	10:00	12:30	2.5	1		
										複数人のヘルパー(複数事業者がヘルパーを派遣している場合を含む。)でサービスを提供し、派遣時間がずれた場合(例:ヘルパーAが10:00~12:00にサービス提供し、ヘルパーBが11:00~12:30にサービス提供した場合)、開始時間、終了時間は利用者がサービス提供を受けた最小の時間と最大の時間を記載する。 算定時間数は利用者がサービス提供を受けた開始時間から終了時間までの所要時間を記載する。
										1回の利用者の人数を記載する。
10	木	10:00	11:00	0.25	10:00	11:00	0.25	4		
										1人のヘルパーが複数の利用者を支援する場合は、1回のサービス提供時間を1回の利用者の人数で除した結果の利用者1人当たりの所要時間(0.25(15分)単位)を記載する。
合計				7.5			7.5			

令和〇〇年10月分

同行援護サービス提供実績記録票

受給者証 番 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
契約支給量	同行援護 30時間／月											事業者及び その事業所	〇〇事業所										

日付	曜日	サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	初回加算	緊急時対応加算	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							
3	月	同行 (初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1	1				初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
5	水	同行 (基礎等)	9:00	11:00	2	9:00	10:00	1	2					
7	金	同行 (初任者等)				9:00	10:00	1	1		1			緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
10	月	同行 (通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1					
12	水	同行 (初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1					1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1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人＝2時間)
14	金	同行 (初任・通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1					
17	月	同行 (基礎・通訳)	9:00	11:00	2		11:00	2	1					
当該従業者の資格(初任者等)(基礎等)(初任・通訳)(基礎・通訳)(通訳)を併記する。 同行援護を算定する時間数を記載する。														
■旧様式からの変更点 ・【合計】欄から「身体介護を伴う場合」、「身体介護を伴わない場合」、「平成30年度報酬改定後の単価の場合」を削除 ・【合計 内訳(適用単価別) 70%】欄を削除														
算定時間数の内訳を集計する。 ヘルパーの資格により適用される単価ごとに算定時間を記載する。														
			計画時間数計	内訳(適用単価別)		算定時間数計								
				100%	90%									
合計			16	9	6	15								1回 1回

	枚中		枚
--	----	--	---

令和〇〇年10月分

地域移行支援提供実績記録票

受給者証番号	9900011111	支給決定障害者氏名	厚生 太郎	事業所番号	9930000001
■旧様式からの変更点 ・様式変更なし				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	初回加算	
1	日	1		1	訪問相談
13	金	1			同行支援
16	月	1	体験宿泊Ⅱ		初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
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Ⅰ		同行支援
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Ⅰの場合(初日から5日目)・・・「体験利用Ⅰ」					
・体験利用Ⅱの場合(6日目から15日目)・・・「体験利用Ⅱ」					
・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。					
合計		6日		1回	
退院・退所月加算		退院・退所日		〇〇年10月27日	

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

[illegible]

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

本体報酬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。

特別地域加算の対象となる
支援を実施した場合は、「1」
を記載する。

初期加算	利用開始日	〇〇年10月1日
------	-------	----------

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

[illegible]

令和〇〇年10月分

障害児入所支援提供実績記録票

[illegible]

令和〇〇年10月分

児童発達支援提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

厚生 太郎
(厚生 花子)

事業所番号

9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業者及び
その事業所

〇〇事業所

[illegible]

枚中		枚
----	--	---

令和〇〇年10月分

医療型児童発達支援提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

厚生 太郎
(厚生 花子)

事業所番号

9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業者及び
その事業所

〇〇事業所

[illegible]

枚中

枚

令和〇〇年10月分

放課後等デイサービス提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

厚生 太郎
(厚生 花子)

事業所番号

9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業者及び
その事業所

〇〇事業所

[illegible]

枚中		枚
----	--	---

令和〇〇年10月分

保育所等訪問支援提供実績記録票

■旧様式からの変更点 ・様式変更なし	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	9950000001
		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
		算定日数	家庭連携加算 時間数	初回加算		
2	月	1		1		初回加算を算定する場合、 「1」を記載する。
3	火	1				
4	水	1				訪問支援を実施した場合、「1」 を記載する。
9	月	1				
10	火	1	1			家庭連携加算10:00～11:00
11	水	1				
						家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相 談援助等を行う場合、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。 ※ 相談援助等の開始時間及び終了時間 については、備考欄に記載する。
合計		6日	1回	1回		

令和〇〇年10月分

居宅訪問型児童発達支援提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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 | 居宅訪問型児童発達支援 10日／月

事業者及び
その事業所

〇〇事業所

[illegible]

通所施設移行支援加算

移行日

〇〇年10月11日

算定日

枚中

枚