令和　　年　　月分

地域生活支援事業サービス提供実績記録票

事業名	日中一時支援	利用決定障害者等氏名（障害児氏名）	別府　花子	事業者及びその事業所	○○事業所
利用者負担上限月額	9,300	契約支給量	個別支援10時間		

日付	曜日	サービス提供時間（計画）		サービス提供時間（実績）		実時間数	算定時間等数(※)							利用者確認欄
		開始時間	終了時間	開始時間	終了時間		送迎		タイムケア	ショートステイ			長期休暇	
							往	復		～4H	4～8H	8H～		
5	金	9:00	12:00	9:00	12:00	3.0	○			○				
12	金	9:00	12:00	9:00	12:00	3.0	○			○				
14	日	9:00	15:00	9:00	15:00	6.0	○	○			○			
25	木	9:00	15:00	9:00	18:00	9.0	○					○		
26	金	9:00	12:00	9:00	12:00	3.0	○		○					
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
		:	:	:	:									
合計						24.0	6	1		8	8	12		
										28				

記載方法は任意です（サインや押印等）
※　原本は事業所保管
（市役所へはコピーを提出）

それぞれの時間区分×利用回数
※エクセル様式は自動計算されます
上記の場合、
～4時間（4）×2回＝8H
4～8時間（8）×1回＝8H
8時間～（12）×1回＝12H
合計28時間

実時間数ではなく、時間区分の合計が
支給量を超えていないか確認してください

合計時間数を
記入してください

※　合計欄は、ショートステイについては時間数、それ以外は回数を記入。
※　長期休暇中は、登校日はタイムケア、土日祝はショートステイ、それ以外は長期休暇欄に記入。

			枚