

平成 年 月分

居宅介護サービス提供実績記録票

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|
| 居宅受給者証番号 | 支給決定障害者(保護者)氏名(児童氏名) | 事業者番号 | | | | | | | | | |
| サービス内容及び契約支給量 | 身体介護 10時間 | | | | | | | | | | 事業者及びその事業所の名称 |
| 利用者負担額 | 本人 | 扶養義務者 | | | | | | | | | |

| サービス内容 | | 居宅介護計画 | | | | サービス提供時間 | | 算定時間数 | | 派遣人数 | 利用者負担額 | | サービス提供者印 | 利用者確認印 |
|--------|----|--------|-------|-------|----|----------|-------|-------|----|------|--------|-------|----------|--------|
| 日付 | 曜日 | 開始時間 | 終了時間 | 計画時間数 | | 開始時間 | 終了時間 | 時間 | 乗降 | | 本人 | 扶養義務者 | | |
| | | | | 時間 | 乗降 | | | | | | | | | |
| 1 | 月 | 10:00 | 10:30 | | | 10:00 | 10:35 | | | - | | | | |
| 2 | 火 | 10:00 | 11:00 | 1 | | 10:00 | 11:00 | 1 | | 1 | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| | | : | : | | | : | : | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | 1 | 1 | | | | | |

回数を記入