

平成 年 月分

経過的生活介護・施設入所支援提供実績記録票

受給者証 番号		支給決定障害者氏名		事業所番号	
補足給付適用の有無		補足給付額(日額)	円/日	事業者及び その事業所	

日付	曜日	支援実績				実費算定額				利用者 確認印	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	自活訓練 加算	食費の 単価	朝食	円/日	昼食			円/日	夕食	円/日
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														

合計	回	回	回	回	回	回	回
	各小計		円		円		円
	実費合計額						円

地域移行加算	入所中算定日		退所日		退所後算定日	
--------	--------	--	-----	--	--------	--