

平成 年 月分

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	食費の単価	朝食	昼食	夕食		
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										

合計	回	回	回	回	円	円	円
			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	入所中算定日	退所日	退所後算定日