（様式13）

平成〇〇年　4　月分　　自立訓練(機能訓練)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	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	提供形態	開始時間	終了時間	送迎加算 往	送迎加算 復	食事提供加算		
2	月		1	9:00	17:00	1	1	1		
3	火		1	9:00	17:00	1	1	1		
4	水		1	9:00	17:00	1	1	1		
5	木		2	9:00	9:30					
6	金		2	9:00	9:30					
9	月	欠席								
10	火		1	9:00	17:00	1	1	1		
11			1	9:00	17:00	1	1	1		
12			2	9:00	17:00					
13	金		2	9:00	17:00					
16	月		1	9:00	17:00	1	1	1		
17	火		1	9:00	17:00	1	1	1		
18	水		1	9:00	17:00	1	1	1		
19	木		2	9:00	17:00					
20	金		2	9:00	17:00					
23	月		1	9:00	17:00	1	1	1		
24	火		1	9:00	17:00	1	1	1		
25	水		1	9:00	17:00	1	1	1		
26	木		2	9:00	17:00					
27	金		2	9:00	17:00					
30	月		1	9:00	17:00	1	1	1		
合計		通所型	12回	訪問型	1時間未満	2回	24回	12回		
					1時間以上	6回				

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」

片道単位で回数を記載する。

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

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。

下部は生活介護と同様。

初期加算	利用開始日	〇〇年4月2日	30日目	〇〇年5月1日	当月算定日数	20日

	枚中		枚