平成　年　月分　　自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者氏名		事業所番号	
契約支給量				事業者及びその事業所	

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		短期滞在加算	食事提供加算	医療連携体制加算	体験利用支援加算		
						往	復						
合計		通所型　回	訪問型 1時間未満　回 / 1時間以上　回			回		回	回	回	回		

初期加算	利用開始日		30日目		当月算定日数	

枚中　枚