

年 月分

居宅介護サービス提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者等氏名 (児童氏名)			事業所番号					
サービス内容及び契約支給量		身体介護	通院(介護あり)	家事援助	通院(介護なし)	通院等乗降介助	事業者及び事業所の名称		利用者負担上限月額	
									円	

日付	曜日	サービス内容 1.身体、2.通院(介護有)、3.家事 4.通院(介護無)、5.乗降	サービス提供時間		算定時間・回数						派遣人数	サービス提供者欄	利用者確認欄	初回加算訪問日		サ責名	
			開始時間	終了時間	深夜帯 0~6	早朝帯 6~8	日中帯 8~18	夜間帯 18~22	深夜帯 22~24	乗降				加算	減算		備考
1		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
2		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
3		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
4		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
5		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
6		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
7		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
8		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
9		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
10		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
11		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
12		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
13		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
14		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
15		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
16		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
17		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
18		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
19		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	
20		1・2・3・4・5	:	:											緊急	基礎	

合計	内訳(適用単価別)	算定時間数計				派遣人数	※この欄には記入しないで下さい	2人介護	1回あたり	合計時間	回数	加算
		100%	90%	70%	重訪							
1	居宅における身体介護											緊急
2	通院介助(身体介護あり)											
3	家事援助											喀痰
4	通院介助(身体介護なし)											
5	通院等乗降介助											

福祉専門職員等連携加算	利用開始日	90日目	1回目サ責訪問日	2回目サ責訪問日	3回目サ責訪問日	サ責名
-------------	-------	------	----------	----------	----------	-----

※ 市記入欄(このスペースには何も書き込まないでください)

※ 初回加算は、備考欄の上にサービス提供責任者の訪問日を記入し、サ責印を押印してください。行の追加・削除はしないでください。左側欄外の1~20の行番号を削除しないでください。

	枚中	枚目
--	----	----

年 月 分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

受給者証番号				支給決定障害者等 氏名 (児童氏名)		事業所番号			
契約支給量 (時間/月)				全体	居宅部分	移動介護	加算 (○をつける)	著しく重度 区分6 その他	事業者及び 事業所の名称
								利用者負担上限月額	円

日付	曜日	サービス提供 の状況(※)	サービス提供時間		算定時間		派遣 人数	同行 支援	緊急 対応	喀痰 吸引	移動 緊急	サービス 提供者欄	利用者 確認欄	備考
			開始時間	終了時間	時間	移動								
1		入院・入院長期	:	:										
2		入院・入院長期	:	:										
3		入院・入院長期	:	:										
4		入院・入院長期	:	:										
5		入院・入院長期	:	:										
6		入院・入院長期	:	:										
7		入院・入院長期	:	:										
8		入院・入院長期	:	:										
9		入院・入院長期	:	:										
10		入院・入院長期	:	:										
11		入院・入院長期	:	:										
12		入院・入院長期	:	:										
13		入院・入院長期	:	:										
14		入院・入院長期	:	:										
15		入院・入院長期	:	:										
16		入院・入院長期	:	:										
17		入院・入院長期	:	:										
18		入院・入院長期	:	:										
19		入院・入院長期	:	:										
20		入院・入院長期	:	:										
21		入院・入院長期	:	:										
22		入院・入院長期	:	:										
23		入院・入院長期	:	:										
24		入院・入院長期	:	:										
25		入院・入院長期	:	:										
26		入院・入院長期	:	:										
27		入院・入院長期	:	:										
28		入院・入院長期	:	:										
29		入院・入院長期	:	:										
30		入院・入院長期	:	:										
ページ 小計														
合計(全ページ分を1枚目に記入)														

初回加算	サ責 訪問日		サ責名	行動障害支援 連携加算	サ責 訪問日		サ責名	枚中	枚目
------	-----------	--	-----	----------------	-----------	--	-----	----	----

※ サービス提供状況欄は、入院または入院(長期)の場合に○をつけてください。入院していない場合はそのままにしておいてください。
 ※ 行の追加・削除はしないでください。左側欄外の1~30の行番号を削除しないでください。

年 月分

行動援護サービス提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者 等氏名 (児童氏名)	事業所番号	
契約支給量	時間/月		事業者及び 事業所の名称	
支援計画シート		有 ・ 未作成	利用者負担 上限月額	
作成日		年 月 日	円	

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間	派遣 人数	サービス 提供者欄	利用者 確認欄	備考	
		開始時間	終了時間					加算	
1		:	:					緊急	喀痰
2		:	:					緊急	喀痰
3		:	:					緊急	喀痰
4		:	:					緊急	喀痰
5		:	:					緊急	喀痰
6		:	:					緊急	喀痰
7		:	:					緊急	喀痰
8		:	:					緊急	喀痰
9		:	:					緊急	喀痰
10		:	:					緊急	喀痰
11		:	:					緊急	喀痰
12		:	:					緊急	喀痰
13		:	:					緊急	喀痰
14		:	:					緊急	喀痰
15		:	:					緊急	喀痰
16		:	:					緊急	喀痰
17		:	:					緊急	喀痰
18		:	:					緊急	喀痰
19		:	:					緊急	喀痰
20		:	:					緊急	喀痰
21		:	:					緊急	喀痰
22		:	:					緊急	喀痰
23		:	:					緊急	喀痰
24		:	:					緊急	喀痰
25		:	:					緊急	喀痰
				算定時間数 計	派遣 人数計	合計(全ページ分)			
						時間数	人数		

初回加算	サ責 訪問日	サ責名	行動障害支援 連携加算	サ責 訪問日	サ責名	枚中	枚目
------	-----------	-----	----------------	-----------	-----	----	----

※ 行の追加・削除はしないでください。左側欄外の1~25の行番号を削除しないでください。

年 月分

同行援護サービス提供実績記録票

受給者証番号				支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)			事業所番号					
							事業者及びその事業所					
契約支給量		時間/月		障害支援区分		なし・1・2 3 4・5・6		利用者負担上限月額		円		

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間					派遣人数	緊急対応	喀痰吸引	ヘルパー資格			サービス提供者欄	利用者確認欄	備考
		開始時間	終了時間	深夜帯 0~6	早朝帯 6~8	日中帯 8~18	夜間帯 18~22	深夜帯 22~24				減算	加算				
1		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
2		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
3		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
4		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
5		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
6		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
7		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
8		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
9		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
10		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
11		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
12		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
13		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
14		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
15		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
16		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
17		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
18		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
19		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
20		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
21		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
22		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
23		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
24		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
25		:	:									基礎	通訳	盲ろう			
合計		内訳		算定時間数計					派遣人数計				初回加算				
		100%	90%							サ責訪問日		サ責名					

※ 市記入欄(このスペースには何も書き込まないでください)

※ ヘルパー資格「基礎」:基礎研修課程修了者、「通訳」:盲ろう者向け通訳・介助員資格のみの者、
「盲ろう」:同行援護従業者養成研修を修了し、盲ろう者向け通訳・介助員資格を有する者
※ 行の追加・削除はしないでください。左側欄外の1~25の行番号を削除しないでください。

枚中	枚目
----	----