移動支援サービス提供実績記録票

障がい種別	１・２・３	受給者証番号		対象者（対象児童）		年　　月分

	移動支援	通所・通学等	利用者負担		3ヶ月合算		事業所名		
支給上限	時間	回		有り		有り			
契約支給量	時間	回		無し		無し		事業所番号	

	日付	曜日	サービス種別	行き先	支援内容（映画・ボーリング等具体的に記入）	サービス提供実績				初動加算	利用者負担額	サービス提供者印	利用者確認印
						開始時刻	終了時刻	中抜き時間	算定数				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

※サービス種別欄：①～⑤までの数字を入力してください。

※時間の入力は「00：00」で統一してください。

※算定数の合計は、「①移動支援1：1」の合計が自動で入力されます。
①以外の利用がある場合は訂正してください。

※支給上限を超えて利用してしまった場合（その場合は実績記録に記入するのみで、請求は不可）や、遠方の現地でのみ支援した場合など、特別な事情があるときは、その旨必ず空いたスペースに記載してください。

合計	サービス種別				
	① 移動支援1：1				
	② 移動支援1：2				
	③ 移動支援1：3				
	④ 移動支援1：4				
	⑤通所・通学支援		／		