

平成 年 月 分

自立訓練(機能訓練)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			
往	復								
合計		通所型	回	訪問型	1時間未満	回		回	
					1時間以上	回			

初期加算	利用開始日		30日目		当月算定日数	
------	-------	--	------	--	--------	--

枚中		枚
----	--	---