（様式18-2）

平成　　年　　月分

共同生活援助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	
				事業者及びその事業所	

日付	曜日	外部サービス利用型共同生活援助計画			サービス提供時間		算定時間数	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間			
合計									

	枚中		枚