（様式4）

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

医療型児童発達支援提供実績記録票

定保護者氏名 害児氏名）	厚生　太郎 （厚生　花子）	事業所番号	9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
契約支給量	医療型児童発達支援　20日／月	事業者及びその事業所	○○事業所									

日付	曜日	サービス提供実績						保護者等確認印	備考
		サービス提供の状況	開始時間	終了時間	家庭連携加算 時間数	訪問支援特別加算 時間数	食事提供加算		
2	月	欠席							
3	火		10:00	17:00			1		
4			10:00	17:00			1		
5			10:00	17:00	1				家庭連携加算18:00～18:30
6	金				2				家庭連携加算10:00～12:00
9	月		10:00	11:00		1			
10	火		10:00	12:00	2				
11	水		10:00	17:00		1			
12	木		10:00	11:00	1				
13	金		10:00	12:00	2				
16	月		10:00	11:00		1			
17	火		10:00	17:00					事業所内相談支援加算8:00～9:30
合計					5回	3回	4回		

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」と記載する。
※ 月に4回を限度とする。

算定日数のうち、加算対象となる低所得利用者に対して食事を提供した日数を記載する。

訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行う場合、その時間を記載する。
※ 月に2回を限度とする。
※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。

本体報酬の対象となる支援、または訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問支援を行う場合、その開始時間及び終了時間を記載する。

家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行う場合、その時間を記載する。
※ 月に2回を限度とする。
※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、要件を満たす場合は記載する。
※ 相談援助等の開始時間及び終了時間については、備考欄に記載する。

事業所内相談支援加算の算定要件を満たす相談援助を行う場合、相談援助の開始時間及び終了時間を備考欄に記載する。
※ 月に1回を限度とする。