

所支援提供実績記録票

支給決定障害者の受給者証の記載により補足給付の適用があるか否かの確認を行い、適用がない場合は「1」、適用がある場合は「2」と記載する。		氏名	厚生 太郎		事業所番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1												
補足給付適用の有無		2		補足給付額(日額)	600 円/日		補足給付適用の有無が「2」の場合は、日額を記載する。		〇〇作業所									

日付	曜日	サービス提供 の状況	入院・ 外泊時 加算	入院時支援 特別加算	実費算定額				利用者	備考				
					食費の 単価	朝食	昼食	夕食			光熱水費の単価			
					朝食	300 円/日	昼食	300 円/日	夕食	300 円/日	光熱水	10 円/月		
1	日	入院	1											
2	月	入院	1											
3	火	入院	1											
4	水	入院	1											
5	木	入院	2											
6	金	入院	2											
7	土	入院	2	1										
8	日	入院	2											
9	月	入院		1										
10					1	1	1	1	1					
11					1	1	1	1	1					
12					1	1	1	1	1					
13					1	1	1	1	1					
14					1	1	1	1	1					
15					1	1	1	1	1					
16					1	1	1	1	1					
17					1	1	1	1	1					
18					1	1	1	1	1					
19					1	1	1	1	1					
20	金				1	1	1	1	1					地域移行へ向けた支援を実施
21	土				1	1	1	1	1					
22	日				1	1	1	1	1					
23	月				1	1	1	1	1					
24	火				1	1	1	1	1					
25	水				1	1	1	1	1					
26	木				1	1	1	1	1					
27	金				1	1	1	1	1					
28	土				1	1	1	1	1					
29					1									
30					1									
合計			9回	1回	20回	20回	21回		21回					
					各小計	18,300円			2,100円					
					実費合計額				20,400円					

入所時特別支援加算	利用開始日	30日 目		当月算定日数	
地域移行加算	入所中算定日	〇〇年4月20日	退所日	〇〇年4月30日	退所後算定日