

### 医療型児童発達支援提供実績記録票

■旧様式からの変更点  
・様式変更なし

|                       |  |                  |  |                |  |                   |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|------------------|--|----------------|--|-------------------|--|--|--|--|--|
| 定保護者氏名<br>(害児氏名)      |  | 厚生 太郎<br>(厚生 花子) |  | 事業所番号          |  | 9 9 5 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<br>その事業所 |  | ○○事業所             |  |  |  |  |  |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績  |       |       |  |                 | 保護者等<br>確認印 | 備考  |
|----|----|---|-------|-------|--|-----------------|-------------|---|
|    |    | サービス提供の<br>状況   | 開始時間  | 終了時間  | 家庭連携加算<br>時間数  | 訪問支援特別加算<br>時間数 |             |   |
| 2  | 月  | 欠席  |       |       |  |                 |             | 算定日数のうち、加算対象となる<br>低所得利用者に対して食事を提<br>供した日数を記載する。  |
| 3  | 火  |   | 10:00 | 17:00 |  |                 | 1           |   |
| 4  | 水  | 欠席時対応加算を算定す<br>る場合、「欠席」と記載する。<br>※ 月に4回を限度とする。                            | 10:00 | 17:00 |  |                 |             | 1   |
| 5  | 木  |   | 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               |             | 訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪<br>問支援を行う場合、その時間を記載する。<br>※ 月に2回を限度とする。<br>※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、<br>要件を満たす場合は記載する。 |
| 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   |
|    |    | 本体報酬の対象となる支援、または訪問<br>支援特別加算の算定要件を満たす訪問支<br>援を行う場合、その開始時間及び終了時<br>間を記載する。 |       |       | 家庭連携加算の算定要件を満たす訪問<br>による相談援助等を行う場合、その時間<br>を記載する。<br>※ 月に2回を限度とする。<br>※ 報酬上算定できる回数にかかわらず、<br>要件を満たす場合は記載する。<br>※ 相談援助等の開始時間及び終了時間<br>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<br>を満たす相談援助を行う場合、相談<br>援助の開始時間及び終了時間を備<br>考欄に記載する。<br>※ 月に1回を限度とする。                 |
| 合計 |    |   |       |       | 5回   | 3回              | 4回          |   |