（様式13）

令和〇〇年10月分　　# 自立訓練(機能訓練)サービス提供実績記録票

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

厚生　太郎	事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	事業者及びその事業所	〇〇事業所									

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	送迎加算 復	食事提供加算	体験利用支援加算		
2	月		1	9:00	17:00	1	1	1			
3	火		1	9:00	17:00	1	1	1			
4	水		1	9:00	17:00	1	1	1			
5	木		2	9:00	9:30						
6	金		2	9:00	9:30						
9	月	欠席									
10	火		1	9:00	17:00	1	1	1			
11			1	9:00	17:00	1	1	1			
12			2	9:00	17:00						
13	金		2	9:00	17:00						
16	月		1	9:00	17:00	1	1	1			
17	火		1	9:00	17:00	1	1	1			
18	水		1	9:00	17:00	1	1	1			
19	木		2	9:00	17:00						
20	金								1		
23	月		1	9:00	17:00	1	1	1			
24	火		1	9:00	17:00	1	1	1			
25	水		1	9:00	17:00	1	1	1			
26	木		2	9:00	17:00						
27	金		2	9:00	17:00						
30	月		1	9:00	17:00	1	1	1			

合計	通所型	12回	訪問型	1時間未満	2回	24回	12回	1回
				1時間以上	5回			

次の区分により、サービスの提供形態を記載する。
・通所型・・・「1」
・訪問型・・・「2」
・訪問型（視覚）・・・「3」

片道単位で回数を記載する。

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

障害福祉サービスの体験利用支援加算の対象となる支援を実施した場合、
初日から5日目までは「1」、
6日目から15日目までは「2」を記載する。

通所型の回数を記載する。

訪問型の1時間未満、1時間以上の回数の合計を記載する。ただし、訪問型（視覚）の回数は合計に含めない。

下部は生活介護と同様。

初期加算	利用開始日	〇〇年10月2日	30日目	〇〇年10月31日	当月算定日数	20日