

令和〇〇年10月分

自立訓練(生活訓練)サービス提供実績記録票

生 太郎

事業所番号

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

■旧様式からの変更点
・様式変更なし

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 復 | 短期滞在 加算 | 食事提供 加算 | 医療連携 体制加算 | 体験利用 支援加算 | | | | | |
| 2 | 月 | | 1 | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 4 | 水 | | 2 | 9:00 | 12:00 | | | | | | | | | | |
| 6 | 金 | | 1 | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | |
| 7 | 土 | | 1 | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| 9 | 月 | | 2 | 9:00 | 12:00 | | | | | | | | | | |
| 11 | 水 | 欠席 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 金 | | 1 | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| 16 | 月 | | | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 18 | 水 | | | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | | |
| 20 | 金 | | | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| 21 | 土 | | 1 | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| 23 | 月 | | | | | | | | | | 1 | | | | |
| 25 | 水 | | 2 | 9:00 | 9:30 | | | | | | | | | | |
| 27 | 金 | | 2 | 9:00 | 9:30 | | | | | | | | | | |
| 30 | 月 | | 1 | 9:00 | 12:00 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 合計 | | 通所型 | 9回 | 訪問型 | 1時間未満 2回 1時間以上 2回 | 18回 | 4回 | 9回 | 1回 | 1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」

短期滞在加算の算定対象となる支援を行った日には「1」を記載する。

サービスの開始時間及び終了時間を記載する。

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」を記載する。

片道単位で回数を記載する。

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。

医療連携体制加算(I)が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。
医療連携体制加算(II)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。
医療連携体制加算(IV)が算定される支援を行った場合、「4」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。

| | | | | | | |
|------|-------|----------|------|-----------|--------|-----|
| 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 | 13日 |
|------|-------|----------|------|-----------|--------|-----|