様式第7号(第9条関係)

障害者等日中一時支援助成事業利用実績記録票

年　　月　　分

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者名 | 事業所名 |
|  |  |
| 療養介護 |
| □　有　　□　無 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 曜日 | 利用時間 | | 算定時間数  (時間) | 利用者負担額  (円) | サービス提供者印 | 利用者確認印 |
| 開始 | 終了 |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
|  |  | ： | ： |  |  |  |  |
| 療養介護を伴う  合計 | | | |  |  |  |  |
| 療養介護を伴わない  合計 | | | |  |  |  |  |
| 合計 | | | |  |  |  |  |