

年 月分 移動支援サービス提供実績記録票

受給者証番号	支給決定障害者等氏名 (児童氏名)				事業所番号			
契約支給量	身体介護を伴う	H (内通学・通所 H)		身体介護を伴わない	H (内通学・通所 H)		事業者及びその事業所名	
利用者負担限度額	円	利用者自己負担率	%			サービス提供責任者名		

日付	曜日	目的地 (行き先を具体的に)	目的別コード A~M	外出介護計画			サービス提供時間		算定時間数	派遣人数	算定額	従事者印 サービス	確認印 利用者
				開始時間	終了時間	計画時間	開始時間	終了時間					
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
						0.0			0.0				
身体介護を伴う合計													
身体介護を伴わない合計													
合計										0			

【目的地】 目的地は行き先を具体的に記入してください。  
 【目的別コード】 下記のコードを（A～M）を記入してください。  
 A 生命・健康（急な通院、健康管理、体力づくり等）    B 権利の保持（金融機関等）    C 福祉サービス  
 D 職業（就職に関する面接・相談）    E 買物    F 通学・通所    G 冠婚葬祭（親戚等の結婚式、葬式等）  
 H 家族介護（お見舞い、介護等）    I 教育（保護者会、講師等）    J 文化・教養    K 趣味活動  
 L 地域活動    M 冠婚葬祭（親族以外）