

令和 年 月分

移動支援 サービス提供実績記録表

支給決定障害者 (児)氏名	事業者及び事業所	契約	時間
受給者証番号	事業者番号		
支給量	型 合計 時間	その他事業所契約時間	事業所名 時間
見 本		その他事業所契約時間	事業所名 時間

日付	利用開始 時間 A	利用終了 時間 B	時間数 (B-A) C	運 転 時 間 D	算定時間数 C-D	累計 時間数	支援者氏名	行き先・目的	自己負担額	サービス 提供者印	利用者 確認印
1	9/1	9:30	16:30	7:00	30分	6:30	6.5	〇〇 △△美	場所>〇〇フルーツパーク 目的>いちご狩り・バーベキュー	940	
2	9/8	13:00	15:00	2:00	30分	1:30	8	〇〇 △△美	場所>□□ショッピングセンター 目的>洋服購入	240	
3	9/28	13:00	17:30	4:30		4:30	12.5	〇〇 △△美	場所>〇〇ボウル 目的>ボウリング・カラオケ	590	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
合計							12.5			1,770	

ヘルパー自らが運転している時間中は報酬の算定外となります。

ヘルパーの名前はフルネームで記入してください。なお、ヘルパーは届出書記載の方に限ります。

運転時間を差し引いたサービス提供実時間を記入してください。
※端数が15分未満の場合は切り捨ての算定となります。

運転時間を引いた後の利用時間が...

- ・1時間10分→1時間の単価
- ・1時間40分→1.5時間の単価
- ・1時間15分→1.5時間の単価
- ・1時間45分→2時間の単価と算定をお願いします。

行き先と目的を具体的に記入してください。
※通院の利用はできません。

自己負担額とその累計額は、必ず記入してください。