

令和 2年 5月分

障害児入所支援提供実績記録票

(様式1)

受給者証番号	2700000503	給付決定保護者氏名 (障害児氏名)	志紀 医療型 (志紀 施設)	事業所番号	0000000001
補足給付適用の有無	2	補足給付額(日額)	500円/日	施設の名称	フォーエヴァー事業所

日付	曜日	支援実績					実費算定額				保護者等確認印	備考	
		サービス提供の状況	入院・外泊時加算	入院時支援特別加算	自活訓練加算	地域移行加算	食費の単価	朝食	円/日	光熱水費の単価			
								円/日	円/日	円/日			円/日
								一日	1,578円/日	一月			10,000円/月
朝食	昼食	夕食	光熱水費										
1	金				1		1	1	1	1			
2	土				1		1	1	1	1			
3	日				1		1	1	1	1			
4	月				1		1	1	1	1			
5	火				1		1	1	1	1			
6	水				1		1	1	1	1			
7	木				1		1	1	1	1			
8	金				1		1	1	1	1			
9	土				1		1	1	1	1			
10	日				1		1	1	1	1			
11	月				1		1	1	1	1			
12	火				1		1	1	1	1			
13	水				1		1	1	1	1			
14	木				1		1	1	1	1			
15	金				1		1	1	1	1			
16	土				1		1	1	1	1			
17	日				1		1	1	1	1			
18	月				1		1	1	1	1			
19	火				1		1	1	1	1			
20	水				1		1	1	1	1			
21	木				1		1	1	1	1			
22	金				1		1	1	1	1			
23	土				1		1	1	1	1			
24	日				1		1	1	1	1			
25	月				1		1	1	1	1			
26	火				1		1	1	1	1			
27	水				1		1	1	1	1			
28	木				1		1	1	1	1			
29	金				1		1	1	1	1			
30	土				1		1	1	1	1			
31	日				1		1	1	1	1			
合計					31回		31回	31回	31回	31回			
							各小計	48,918円		10,000円			
							実費合計額			58,918円			

地域移行加算	退所日	年 月 日	退所後算定日	年 月 日
--------	-----	-------	--------	-------