様式第5号（第8条関係）

地域生活支援事業提供実績記録票
（移動支援）

西暦		年		月分

受給者証番号		事業所番号	
支給決定障害者等氏名 （児 童 氏 名）		事業者及びその 事業所の名称	
契約支給量	身体介護を伴う　時間／月	身体介護を伴わない　時間／月	
	通学支援　回／月	通所支援　回／月	
利用者負担上限月額	円		

日付	曜日	サービス内容	移動支援計画 開始時間	終了時間	計画時間数 サービス提供実績 開始時間	終了時間	算定時間数	派遣人数	利用者負担額		給付費移行額	サービス提供者	利用者確認
身体介護を伴う実績合計								時間					
身体介護を伴わない実績合計								時間					
通学支援実績合計								回					
通所支援実績合計								回					
合計													

	枚中		枚目