

記入例

令和〇年××月分 明石市地域生活支援事業移動支援費実績記録票

受給者証番号	いどう		支給決定障害者等 氏名（児童氏名）		明石 三郎			事業所番号 2862999999	
契約支給量	身体介護伴う	時間	身体介護伴わない	20時間	負担割合	0割			
障害・者児別	視覚 (者)	全身性 (者)	知的 (者)	精神 (者)	視覚 (児)	全身性 (児)	知的 (児)	精神 (児)	事業者及び その事業所 特定非営利活動法人 明石市障害福祉センター

日付	曜日	サービス提供時間		算定 時間数 (時間)	グループ支援の 場合のみ 同時利用者 (受給者番号)	派遣 人数 (人)	①集合場所	利用者 確認欄
		開始時間	終了時間				②行き先 (※下記参照)	
2	金	09:30	10:30	1		1	①自宅 ②〇〇駅	
9	金	10:00	11:30	1.5		1	①自宅 ②△△公園	
14	水	11:00	12:00	1		1	①自宅 ②□□スーパー	
22	木	14:00	15:00	1	いどう999	2	①自宅 ②◇◇センター	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
		:	:				① ②	
身体介護伴う（個別支援）		計						
身体介護伴わない（個別支援）		計		3.5				
身体介護伴わない（グループ支援）		計		1				
合		計		4.5				

行き先については具体的に記載してください。

利用者のサインもしくは押印を忘れずをお願いします。

算定時間の記入を忘れずをお願いします。

※「②行き先」は、何らかの用務が発生した具体的な目的地を必ず記載してください。（複数目的地を経由する場合は、該当する全ての目的地を記載してください。）