例：個別支援

様式第６号（第８条関係）

年　　月分　　移動支援サービス提供実績記録票

受給者証番号	5 0 0 0	支給決定障害者等氏名（児童氏名）	堺　花子	事業所番号	2 7 6 0 0 0 0 0 0 0
契約支給量		個別支援　・　グループ支援			
無料時間上限時間	時間／月	グループ支援の場合の人数の比	1 :		

受給者証にて確認してください。

利用者さんの印は不要となります。利用者又は保護者がサービスを確認した際に記載してもらってください。

日付	曜日	サービス内容	移動支援計画 開始時間	移動支援計画 終了時間	移動支援計画 計画時間数	サービス提供時間 開始時間	サービス提供時間 終了時間	算定時間数	初動加算（1を記載）	利用者負担額	サービス提供者欄	利用者確認欄
1	水	●▲	:	:		:	:				山田	レ
2	木	■×	:	:		:	:				田中	レ
5	日	○□	:	:		:	:					レ
9	木	××	:	:		:	:					レ
			:	:		:	:					
			:	:		:	:					
			:	:		:	:				

様式第６号（第８条関係）

年　　月分　　移動支援サービス提供実績記録票

受給者証番　　号	５０００	受給者証にて確認してください。	支給決定障害者等氏名（児童氏名）	堺　花子	事業所番号	２	７	６	０	０	０	０	０	０
契約支給量	時間／月		個別支援　・　グループ支援		事業者及び	株式会社　○△□						
無料時間上限時間	時間／月		グループ支援の場合の人数の比	１　：								

利用者さんの印は不要となります。利用者又は保護者がサービスを確認した際に記載してもらってください。

日付	曜日	サービス内容	移動支援計画			サービス提供時間		算定時間数	初動加算（１を記載）	利用者負担額	サービス提供者欄	利用者確認欄
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間					
１	水	●▲	：	：		：	：				山田	レ
２	木	■×	：	：		：					田中	レ
５	日	○□	：	：		：						レ
９	木	××	：	：		：						レ
			：	：		：						
			：	：		：	：					
			：	：		：	：					
			：	：		：	：