

平成24年 7月分

受給者証で確認
してください。

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	0	事業所番号											
契約支給量	4	0	時間／月	給決定障害者等氏名 (児童氏名)		塚 花子		2	7	6	0	0	0	0	0	0	0
無料時間上限時間	1	8	時間／月	個別支援・グループ支援 グループ支援の場合人数の比		1 :		事業者及びその事業所の名称		株式会社〇〇 ヘルパーステーション〇〇							

個別支援にマルをつけてください。

[illegible]

注意 初動加算は、同一利用者に対して1日1回のみの算定とします。初動加算に対し、利用者負担は発生しません。

平成24年 7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	0	0	0	0	0	支給決定障害者等氏名 (児童氏名)	堀 花子	事業所番号								
													2	7	6	0	0	0	0	0
契約支給量	40		時間／月		個別支援		グループ支援		事業者及びその事業所の名称		株式会社〇〇 ヘルパーステーション〇〇									
無料時間上限時間	18		時間／月		グループ支援の場合の人数の比		1 : 3													

[illegible]

※初動加算は、同一利用者に対して1日1回のみの算定とします。初動加算に対し、利用者負担は発生しません。