

記入例

令和〇〇年××月分

明石市地域生活支援事業日帰りショートステイ費実績記録票

受給者証番号	ひがえり〇〇〇〇〇	支給決定障害者等氏名 (児童氏名)	明石 五郎	事業所番号	
サービス種別	知的障害者	利用者負担割合	負担なし	事業者 及びその 事業所	特定非営利法人 明石市障害福祉センター
支給量	5日/月				

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数	食事提供	利用者負担金	利用者 確認欄
		開始時間	終了時間	(時間)	(回)	(円)	
3	水	15:00	19:00	4 (0.25日)	1		
11	木	15:00	20:00	5 (0.5日)			
14	日	10:00	18:00	8 (0.5日)	1		
15	月	10:00	19:00	9 (0.75日)	1		
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
合			計	2日		0	

利用者のサインもしくは
押印を忘れずに願
いします。

算定時間の記入を忘
れずに願
いします。