【大 和 市】サービス提供報告書（日中一時支援）

サービス提供年月	平成　26　年　12　月
事業所番号	1234567890
事業所及びその事業所の名称	○○ケアセンター

事業者番号・事業所名を記入してくださ

受給者番号	4000000000
利用者氏名	大和太郎
保護者氏名	（利用者が18歳未満の場合に記入）
利用者負担世帯区分	0%　・　5%　・　10%

受給者証六頁の「特記事項」欄及び八頁の「負担率」を参照してくだ

日付	曜日	開始時刻	終了時刻	算定回数	緊急	送迎	確認印	
1	月	14:00	17:00	1	療育 緊急	1	印	
9	火	14:00	17:00	1	療育 緊急	1	印	
13	土	10:00	17:00	2	療育 緊急	1	印	母親の緊急入院のため一時預かり
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
					療育 緊急			
			合計回数	4	2	3		

特記事項があった場合、記載してくださ

1日あたり4時間以上8時間未満の場合は「２」と記入し

送迎加算は1日に１回限り算定できます。

療育支援の対象となった場合は、「療育」に○。
緊急一時の対象となった場合は、「緊急」

※「算定回数」欄には、4時間以内を1回と計算し記入してください。
※ 療育支援または緊急支援を行った場合は、当該欄に○を記入し、「合計回数」欄に○の数を記入してください。