

記入例

令和○年××月分

重度障害者入院時コミュニケーション支援費実績記録票（記入例）

受給者証番号	コ ミ ュ ニ カ シ ョ ン	支給決定障害者等氏名 (児童氏名)	明石 海太	事業所番号												
				契約支給量	32時間	負担割合	1	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							

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数 (時間)	派遣人数 (人)	入院病院名	利用者 確認欄
		開始時間	終了時間				
9	月	8:00	17:00	9	1	A病院	
12	木	15:00	20:30	6	1	A病院	
16	月	10:00	15:00	5	1	A病院	
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
合	計			20			

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。