

受給者証番号	記入例	支給決定障害者等氏名 (児童氏名)	明石 太郎 (明石 海太)	事業所番号	
支給量		当該月の日数	利用者負担割合	1割負担	事業者 及びその 事業所
療育手帳	A				

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数 (時間)	3 ~ 4	4 ~ 6	6 ~	送迎行き 送迎先	送迎帰り 送迎先	送迎回数 (回)	備考	利用者 確認欄
		開始時間	終了時間									
3	水	15:00	18:00	3	1			学校	自宅	2		
11	木	15:00	17:00	2	1			学校	自宅	2		
15	月	10:00	12:00	2	1			学校	自宅	2		
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
		:	:									
合				計	7	3				6		

利用者のサインもしくは  
押印を忘れずにお願  
いします。

算定時間の記入を忘  
れずをお願いします。

項目	医療行為 (該当するものに○をすること)				個数	
イ 呼吸管理		人工呼吸器		酸素療法	レスピレーター	個
ロ 栄養管理		点滴の管理		中心静脈栄養	○ 経管栄養 (胃ろう含む)	1 個
ハ 特別な対応	○	モニター測定		じょくそう	気管切開	1 個
ニ 投薬・排尿・ 排便・疼痛の 管理		カテーテル		導尿	生命に関わる投薬	個
		疼痛		ストーマ		
該当数					2	

該当する医療行為に  
○を入れてください。