様式第4号（第11条関係）

障害者等安心生活支援事業利用実績明細書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | |
| サービス提供事業者 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 事業所名 |  | | |
| サービス種別 | | □　短期入所支援  □　事業所における宿泊を伴わない支援  □　居宅介護支援 | | |

【サービス記録】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付  (年/月/日) | サービス提供時間 | | 食事提供の有無 | | | | サービス提供者印 |
| 開始時刻 | 終了時刻 | 朝食 | 昼食 | 夕食 | おやつ |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |
| /　　/ | ： | ： |  |  |  |  |  |

上記のとおり利用しました。

年　　月　　日　利用者氏名　　　　　　　　　　㊞

居宅介護等給付費の請求及び受領を委任する場合は、下記に署名押印してください。

|  |
| --- |
| 私が利用した上記サービスに係る居宅介護等給付費について、その請求及び  受領の件は、上記サービス提供事業者に委任します。  年　　月　　日　利用者氏名 |