平成　年　月分

同行援護サービス提供実績記録票

（様式19）

受給者証番号		支給決定障害者等氏名（障害児氏名）		事業所番号	
契約支給量				事業者及びその事業所	

日付	曜日		サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
				開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間					

		計画時間数計	内訳（適用単価別） 100%	90%	70%	算定時間数計
合計	身体介護を伴う場合					
	身体介護を伴わない場合					