令和　　年　　月分【通学・その他／グループ支援型】移動支援サービス実績記録簿

	枚中		枚目

受給者氏名		受給者番号		事業者番号	
支給時間	□ 通学 □ その他（通所）　　時間/月 □ その他（訓練等）	支給区分		負担区分		事業所名称	

日付	移動時間			移動内容（行先） ※以下のいずれかにチェック(✓)を入れてください。			委託料	利用者負担額	ヘルパー確認印またはサイン
	開始	終了	支援時間	学校	学童	通所施設等			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
	:	:		□行き □帰り	□行き □帰り	□行き □帰り			
小計　　回　　時間									

※以下は、【通学・その他／グループ支援型】の実績の月計について、最終ページにのみ記入してください。

月計　　回　　時間		① 委託料	②利用者負担	①－②請求額

私は上記の内容について同意します。　利用者氏名及び確認印（署名可）：　　㊞