

移動支援サービス活動記録簿（ 年 月分）

利用障害者（児）氏名		障害種別	身体・知的・精神・児童
身体介護		事業所の名称	
契約時間数	時間	利用者負担上限月額	円

日	曜日	サービス提供時間		左記のうち算定時間数	主な支援内容	主な目的地	派遣人数	サービス提供者		利用者確認印	
		開始時間	終了時間					印	備考		
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
合計算定時間数							時間				

(注)

- 1) 主な支援内容を記載すること。
- 1) 2人派遣を行った場合は、いずれか一方のサービス提供者の備考欄に「2人目」と記入してください。
- 2) ヘルパーの運転する車での移動時間は備考欄に記入してください。