（様式19）

平成　　年　　月分

同行援護サービス提供実績記録票（案）

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						

（様式19）

平成〇〇年　10月分

同行援護サービス提供実績記録票（案）

受給者証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	支給決定障害者等氏名（障害児氏名）	厚生　太郎（厚生　花子）	事業所番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
契約支給量	同行援護（身体介護伴う）　30時間／月			事業者及びその事業所	

1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。（1時間×2人＝2時間）

日付	曜日		サービス内容	同行援護計画 開始時間	同行援護計画 終了時間	同行援護計画 計画時間数	サービス提供時間 開始時間	サービス提供時間 終了時間	算定時間	派遣人数	サービス提供者印	確認	備考
3	月		同行（伴う）	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1			初回加算
5	水		同行（伴う）（3級）	9:00	15:00	1	9:00	14:00	1	2			

減算対象となる従業者によりサービス提供した場合は、当該従業者の資格（3級）を併記する。

同行援護を算定する時間数を記載する。

		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	5	3		2	5
	身体介護を伴わない場合					

算定時間数の内訳を集計する。

ヘルパーの資格により適用される単価ごとに算定時間を記載する。