

茅ヶ崎市障害児相談支援サービス提供実績記録表

サービス提供年月	平成		年		月		通所給付決定保護者 氏名	
受給者証番号							児童氏名	
事業者番号							事業者名	
契約(支給)期間	～							
モニタリング期間	～						モニタリング周期	

※該当するものに○をする

日付	曜日	サービス提供実績		利用者 確認印	備考(※)
		サービス提供内容(※)	相談支援専門員氏名		
		サービス利用支援 ・ 継続サービス利用支援			新規・更新・変更 モニタリング・その他()
		サービス利用支援 ・ 継続サービス利用支援			新規・更新・変更 モニタリング・その他()

以下の加算を請求の場合は○してください。

加算	該当の有無	実施日時など必ず記載
初回加算		
入院時情報連携加算(1)		
入院時情報連携加算(2)		
退院・退所加算		
居宅介護支援事業所等連携加算		
医療・保育・教育機関等連携加算		
サービス担当者会議実施加算		
サービス提供時モニタリング加算		