

受給者証番号 0000000000	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名) ×××× ×××××	事業所番号 XXXXXX
契約支給量 重度訪問介護(15%加算対象)XXX時間/月 (移動加算XX時間) 二人介護可 同行支援2人240h	記入例 入院中	

日付	曜日	重度訪問介護計画				サービス提供時間		算定時間数		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	時間	移動				
				時間	移動								
入院時の記入方法(入院が4/1の11:50の場合)													
1	火	0:00	24:00	24		0:00	24:00	24		1	印		入院11:50~
2	水	0:00	24:00	24		0:00	24:00	24		1	印		入院
3	木	0:00	24:00	24		0:00	24:00	24		1	印		入院
例:入院が4/1で翌月(5月)以降の1枚目1行目備考欄に注意して下さい													
1	水	0:00	24:00	24		0:00	24:00	24		1	印		4/1~入院
2	木	0:00	24:00	24		0:00	24:00	24		1	印		入院
3	金	0:00	24:00	24		0:00	24:00	24		1	印		入院
入院中に外出する場合(例:外出12:00-19:00)													
8	水	0:00	12:00	12		0:00	12:00	12		1	印		入院
8	水	12:00	19:00	7	4	12:00	19:00	7	4	1	印		
8	水	19:00	24:00	5		19:00	24:00	5		1	印		入院
外出中は入院と書かない													
<p>入院は90日を超える場合、市町村の許可が必要です。書類に書き加える点はありませんが、事前に担当に誰が許可したか〇〇役所〇〇課〇〇さんをご連絡ください。 なお、90日を超える場合は単価が下がります。</p>													
移動介護分				/	4	/	/	/	4	/	/	/	/
合計				168	/	/	/	168	/	/	/	/	/