

記入例

年 月 日

文京区院内介助サービス活動記録簿

(○ 年 ○ 月分)

修正は二重線で訂正し、代表者印を押印してください。
修正液、修正テープでの訂正はしないでください。

利用者氏名		○ ○ ○ ○					
利用者住所		文京区 ○ ○ ○ 丁目 ○ 番 ○ 号					
日時	曜日	時間帯		利用時間		医療機関名	利用者確認
		開始時間	終了時間	時間	分		
○	○	10:00	11:10	1	30	△△病院	印
		実際の時間		30分換算			
△	△	13:15	14:00	1	00	○○内科	印
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
合計時間				2 時間 30 分			
院内サービス適用外(自己負担分)				時間 分			

ここは印鑑でもサインでも可

※時間帯と利用時間は一致しなくても可
時間帯→実際に付き添った時間
利用時間→30分単

30分単位で記入した利用時間の

合計時間が4時間を超えている場合は超えた分は自費になります。

事業所住所・名称及び代表者氏名

サービス提供事業所の住所、名称、代表者氏名

印

サービス提供事業所の代表者印

私は、上記のサービスを利用しましたので、本サービスの給付に係る費用助成の受領を下記の者に委任します。

○ ○ ○ ○ ※自署又は記名・押印

利用者本人の署名(自署が難しい場合は記名・押印で可)

事業所住所・名称及び代表者氏名 (上記事業者と同一の場合は、「同上」と記入)

請求事業所の住所、名称、代表者氏名

印

請求者名
※請求書と同一の住所、事業所名、代表者名、代表者印

両者が同一の場合は下段は同上(印はなし)で可