

# 実績記録票（ダウンロード用OCR様式）の注意事項について

A4 297mm × 210mm 【印刷位置 単位:mm】

【印刷倍率 単位:mm】

移動支援サービス提供実績記録票														
提出期限は毎月10日(休日の場合はその翌日)です。														
令和 年 月 提供分														
事業所番号 476														
事業所名称														
受給者番号 4721														
受給者氏名(カナ) オキナワ タロウ														
事務担当者														
児童氏名(カナ)														
事務連絡先														
契約支給量														
身体介護 あり														
身体介護 なし														
負担上限月額														
時間/月														
円/月														
移動支援計画														
サービス提供時間 (直筆可)														
派遣人数														
算定時間数														
サービス提供者印														
利用者確認印														
備考														
1	19日	15:00	17:00	2										キャンセル
2	26日	8:00	12:00	4	1	8:00	12:00	3						
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
計画時間数合計				算定時間数合計										
※1 原本は事業所保管、コピーを提出してください。 ※2 この様式は自動読取機を通します。以下にご注意ください。 ・同日に複数利用がある場合は通番を変えて次行に記入すること。 ・利用のない場合は時間を空白にして備考にキャンセルと記入すること。 ・ブランク様式の複写転用はしないこと。読取が出来なくなります。														
枚中										枚目				

(沖縄市)		移動	
行政收受欄			
氏名は漢字表記ではなくタカタナ表記とします			
受給者番号		4721	

※1  
印刷位置と印刷倍率のmmについては1mmを許容範囲として印刷してください。

※2  
印刷したOCR様式をコピー利用しないでください。印刷のズレが発生して読み取りできなくなることから、請求には利用できません。必ず直接印刷したものを利用してください。