**令和　年　月実績分**

**同行支援実施報告書**

事業所番号

事業所住所

事業所名

ｻｰﾋﾞｽ提供責任者

　障害者総合支援法に基づく同行支援の実績について報告します。

従業者氏名　　　　　　　　　　　（同行支援開始年月日：　　　年　　　月　　日）

（　新任　・　15％加算対象者に初めて従事　）いずれかに〇

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 対象利用者 | 同行支援実績 |
| 1 | （区内・区外）※区内の場合のみ利用者氏名を記載 | 時間　　分 |
| 2 | （区内・区外）※区内の場合のみ利用者氏名を記載 | 時間　　分 |
| 3 | （区内・区外）※区内の場合のみ利用者氏名を記載 | 時間　　分 |
| 4 | （区内・区外）※区内の場合のみ利用者氏名を記載 | 時間　　分 |
| 5 | （区内・区外）※区内の場合のみ利用者氏名を記載 | 時間　　分 |
| （A）今月の合計 | 時間　　分 |
| （B）前月までの累計 | 時間　　分 |
| （A）+（B）今月までの累計 | 時間　　分 |

※ひと月に実施した同行支援の実績のすべてを記入すること。

※提出の際には、**実績記録票の写し**も併せて提出すること。