

## 杉並区視覚障害者代筆・代読支援サービス実績記録簿

令和      年      月分

枚中    枚目

事業所番号				事業所名称											
受給者番号				受給者氏名								負担区分			
日付	支援時間			支援内容 (どちらかにチェック)	具体的な内容	委託料	利用者負担	ヘルパー確認印 またはサイン							
	開始	終了	支援時間												
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
	:	:		<input type="checkbox"/> 代筆 <input type="checkbox"/> 代読											
小計				回	時間										

月計	回	時間	① 委託料	② 利用者負担	①-② 請求額
私は上記の内容について同意します。			利用者氏名及び確認印(署名可):		
			Ⓜ		