

在宅知的障害（児）者等自律生活体験事業実施記録票

実施年度	年度	実施施設	
利用者氏名		登録番号	

実施期間	利用者負担金額	実費負担額	確認
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)	円	円	印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印
月 日( )～ 月 日( )( 泊 日)			印

注 1) 本票は、実施施設ごとに別葉とする。

注 2) 確認欄は、実施施設が実施期間及び負担金額等を確認の上、押印すること。