サービス利用者一覧表(居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護)

年　月 ～ 年　月

別紙2

事業所名

No.	利用者名(注1)	受給者証発行区市町村名	障害種別				障害支援区分	利用者負担上限月額(注2)	利用期間(注3)		2人介助(注4)	入院等中の支援(注4)	利用状況(注4)										加算の有無(注4)							
													居宅介護					重度訪問介護	同行援護	行動援護	その他		初回加算	緊急時対応加算	喀痰吸引支援加算	利用者負担上限額管理加算	福祉専門職員等連携加算(居宅介護のみ)	行動障害支援連携加算(重度訪問介護のみ)	行動障害支援指導連携加算(行動援護のみ)	移動介護加算(重度訪問介護のみ)
			身体	知的	精神	障害児			利用開始年月日	利用終了年月日			身体介護	家事援助	通院介助(身体有)	通院等介助(身体無)	通院等乗降介助				移動支援	他(訪問介護等)								
例	小山田　一郎	町田市	身	知		児	4	0	2016/4/1	2025/10/31			○	○	○						○		○	○		○				
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

注1 実地指導の対象期間(過去1年間)にサービスを利用した利用者名を記載してください。(例:実施指導月2026年5月→2025年5月～2026年4月)
注2 「利用者負担上限月額」欄には、最新の受給者証に記載されている利用者負担額を記入してください。
注3 「利用開始(終了)年月日」欄は、その事業所を使い始めた年月日を記入してください。(利用終了した場合のみ、利用終了年月日も記入)
注4 「2人介助」欄、「利用状況」欄、「加算の有無」欄、「入院等中の支援」欄は、過去1年間で該当があった場合に「○」印を記入してください。