

활동지원급여 제공기록지(활동지원)

※ 뒤쪽의 작성방법과 세부 내용을 참고하시기 바랍니다.

(앞쪽)

활동지원기관	(사) 장애여성공감	활동지원기관번호	32400-00003		
수급자	성명	생년월일	활동지원급여의 구간		
	주소		(전화번호:)		

서비스 구분	세부 내용	제공일 및 제공시간(시작시간~종료시간)						
		/	/	/	/	/	/	/
신체활동 지원	개인위생 관리							
	신체기능 유지·증진							
	식사 도움							
	실내 이동 도움							
	소계							
가사활동 지원	청소 및 주변 정돈							
	세탁							
	취사							
	소계							
사회활동 지원	등하교 및 출퇴근 지원							
	외출 시 동행							
	소계							
그 밖의 제공서비스()								
서비스 제공 시간	시작시간							
	종료시간							
총 서비스 제공 시간								
총 서비스 이용금액								

확 인	활동지원사 (인 또는 서명)							
	본인 또는 보호자 (인 또는 서명)							
	전담관리인력 (인 또는 서명)							

수급자의 특이사항 및 업무상 특이사항	
----------------------	--