제공기록지 (20　년　월)

□이상(소급)결제

활동지원기관	(사)한국장애인부모회 화성시지부	급여종류: 활동지원 / 기관번호: 5300-0002	활동인 성명:
이 용 자	생년월일:	활동지원구간:	이용자 성명:
	주　　소:		전 화 번 호:

서비스 구분	세부내용	제공일 및 제공시간							
		/	/	/	/	/	/	/	/
사회활동지원	등하교/출퇴근								
	외출동행								
신체활동지원	개인위생 관　리								
	신체기능 유지・증진								
	식사도움								
	실내이동 도　움								
가사활동지원	청소/주변정돈								
	세　탁								
	취　사								
그 밖의 제공서비스	(　　)								
시작종료 제공시간	시작시간								
	종료시간								
총 서비스 제공시간									
총 서비스 이용금액									
확 인 (인 또는 서명)	활동지원사								
	이 용 자 또는 보호자								
	전담관리인력								

수 급 자 특이사항 / 업 무 상 특이사항	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.
	____월____일 서비스를 제공하였으나 _____ 사유로 ____월____일자로 소급결제함.

일자	소급결제 구체적 사유 적어주세요