

활동지원급여 제공기록지(방문목욕)

활동지원기관	기관명				활동지원기관번호		
수 급 자	성명				생년월일	활동지원등급	
	주소					(전화번호:)	
년 월 일 (차량번호:)	총 급여 제공 시간			요양보호사 성명	(인 또는 서명)		
	시 간	시작	종료		(인 또는 서명)		
		차량 이용 여부	이용	미이용	본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)	
	특이사항						
년 월 일 (차량번호:)	총 급여 제공 시간			요양보호사 성명	(인 또는 서명)		
	시 간	시작	종료		(인 또는 서명)		
		차량 이용 여부	이용	미이용	본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)	
	특이사항						
년 월 일 (차량번호:)	총 급여 제공 시간			요양보호사 성명	(인 또는 서명)		
	시 간	시작	종료		(인 또는 서명)		
		차량 이용 여부	이용	미이용	본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)	
	특이사항						