

활동지원급여 제공기록지(방문목욕)

활동지원기관	기관명	활동지원기관번호	
수 급 자	성명	생년월일	활동지원등급
	주소 (전화번호:)		

년 월 일 (차량번호:)	총 급여 제공 시간			요양보호사 성명	
	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	
	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	
	시 간	시작	종료		(인 또는 서명)
	차량 이용 여부	이용	미이용	본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)

특이사항
