

# 주간업무보고(      년      월)

이용자		활동지원인력	(서명)	전담관리인력	(서명)
-----	--	--------	------	--------	------

1주	서비스제공일(✓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	총 서비스제공 시간	시간
	활동내역(✓)	<input type="checkbox"/> 신체활동지원 <input type="checkbox"/> 가사활동지원 <input type="checkbox"/> 사회활동지원 <input type="checkbox"/> 기타(                      )									
	이용자 서비스 제공 내용 및 변동사항	내용									
2주	서비스제공일(✓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	총 서비스제공 시간	시간
	활동내역(✓)	<input type="checkbox"/> 신체활동지원 <input type="checkbox"/> 가사활동지원 <input type="checkbox"/> 사회활동지원 <input type="checkbox"/> 기타(                      )									
	이용자 서비스 제공 내용 및 변동사항	내용									
3주	서비스제공일(✓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	총 서비스제공 시간	시간
	활동내역(✓)	<input type="checkbox"/> 신체활동지원 <input type="checkbox"/> 가사활동지원 <input type="checkbox"/> 사회활동지원 <input type="checkbox"/> 기타(                      )									
	이용자 서비스 제공 내용 및 변동사항	내용									
4주	서비스제공일(✓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	총 서비스제공 시간	시간
	활동내역(✓)	<input type="checkbox"/> 신체활동지원 <input type="checkbox"/> 가사활동지원 <input type="checkbox"/> 사회활동지원 <input type="checkbox"/> 기타(                      )									
	이용자 서비스 제공 내용 및 변동사항	내용									
5주	서비스제공일(✓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	총 서비스제공 시간	시간
	활동내역(✓)	<input type="checkbox"/> 신체활동지원 <input type="checkbox"/> 가사활동지원 <input type="checkbox"/> 사회활동지원 <input type="checkbox"/> 기타(                      )									
	이용자 서비스 제공 내용 및 변동사항	내용									
6주	서비스제공일(✓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	총 서비스제공 시간	시간
	활동내역(✓)	<input type="checkbox"/> 신체활동지원 <input type="checkbox"/> 가사활동지원 <input type="checkbox"/> 사회활동지원 <input type="checkbox"/> 기타(                      )									
	이용자 서비스 제공 내용 및 변동사항	내용									

# 급여제공 일정표(      년      월)

이용자 성명		이용자 생년월일	
급여 종류	활동지원서비스	활동지원사 성명	

일	월	화	수	목	금	토
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )
활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )	활동지원 (      ~      ) 휴게시간 (      ~      ) 활동지원 (      ~      )

년      월      일

담당자 :      (서명 또는 인)

이용자 :      (서명 또는 인)

※ 매월 작성하여 기관 보관(보관기간: 작성일로부터 5년)

※ 활동지원기관 및 활동지원사와 이용자 및 보호재(가족)이 협의하여 매월 5일 이전까지 작성 및 제출

20      년 활동지원급여 제공기록지(20      년      월)					
활동지원 기관	기관명  서대문장애인종합복지관			활동지원기관번호  3120000454	
수 급 자	성명		생년월일		활동지원등급
	주소  (전화번호: )				

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

서대문장애인종합복지관