

## 급여제공 일정표 ( 2024년 6월 )

이용자 성명		이용자 생년월일	
급여 종류	장애인활동지원	활동지원사 성명	

주	일	월	화	수	목	금	토
1 주							1
2 주	2	3	4	5	6	7	8
3 주	9	10	11	12	13	14	15
4 주	16	17	18	19	20	21	22
5 주	23	24	25	26	27	28	29
	30						

2024 년      월      일

담당자(전담관리인력) :                      (서명 또는 인)

이용자 또는 보호자 :                      (서명 또는 인)

※ 매월 작성하여 기관 보관. (보관기간: 작성일로부터 3년)

※ 활동지원기관 및 활동지원사와 수급자 및 보호자(가족)이 협의하여 매월 5일 이전까지 작성.

※ 활동지원사는 기관 소속 인력으로 기관의 원활한 행정업무 수행을 위해 관련 서류 제출을 매월 5일 이전 필수적으로 기관으로 직접 방문하셔야 하며, 소급결제는 모니터링 대상으로 사유서를 작성하여 제출하셔야 합니다.

