

（表）

長泉町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書

（
（年齢 歳））様分

	サービス区分	利用回数等	サービス 利用料 A	(A×0.9) B	助成 上 限 額 C	助成金 (B又はC のいずれか 少ない額)
年 月 分	身体介護	回	円			
	生活援助	回	円			
	通院等乗降介助	回	円			
	訪問入浴介護	回	円			
	小 計		円	円	45,000 円	円
	福祉用具貸与	日	円	円	27,000 円	円
	福祉用具購入		円	円	45,000 円	円
	合 計					円

年 月 日

上記のとおりサービス提供を受けました。

利用者名 _____ ⑩
 住所 _____
 電話番号 _____

年 月 日

上記のとおりサービス提供を実施しました。

サービス提供事業者 _____ ⑩
 管理者 _____
 住所 _____
 電話番号 _____

※ 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。

※ 1月毎に記入してください。

裏面に実施確認あり

(裏)

実施確認

【訪問介護及び訪問入浴介護】

下記のカレンダーに訪問介護・訪問入浴介護をした日には、訪問者の印を押してください。

年 月分

曜日						
1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()	6 ()	7 ()
8 ()	9 ()	10 ()	11 ()	12 ()	13 ()	14 ()
15 ()	16 ()	17 ()	18 ()	19 ()	20 ()	21 ()
22 ()	23 ()	24 ()	25 ()	26 ()	27 ()	28 ()
29 ()	30 ()	31 ()				

※ カレンダー内の () にA～Dを記入してください。利用した内容すべてを記入してください。

A 身体介護 B 生活援助 C 通院等乗降介助 D 入浴介護

【福祉用具貸与】

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

年 月分

福祉用具種類	期	間
	月	日～ 月 日
	月	日～ 月 日
	月	日～ 月 日

【福祉用具購入】

年 月 日

福祉用具種類 (金額: 円)
自己負担額 (円) 領収書控えを添付してください。

— — — 確認欄 (ここから下は記載しないでください。) — — —

・利用決定通知 (期間・内容)

・金額 円/月 (自己負担額 円)

・確認日 年 月 日