

（表）

掛川市小児・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	補助上限額 C	補助金 (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 _____
(署名又は記名押印)

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 _____
(署名又は記名押印)

管 理 者 _____
住 所 _____
電話番号 _____

（注）

- 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)

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、訪問者が署名し、又は押印をしてください。

____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 ()				

(注) カレンダー内の () にA～Dを記入してください。主として利用した内容のもの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分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
	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。)

- 1 利用決定通知 (期間・内容 _____)
- 2 金額 _____ 円/月 (自己負担額 _____ 円)
- 3 確認日 _____ 年 ____月 ____日