

玉村町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書
（介護支援専門員用）

年 月 分

サービス区分 提供サービスに○を付 ↓ けてください	利用 回数	利用料	利用者負担額	助成額
介護支援専門員 による事業所の 紹介・調整等	回	円	円	円
身体介護	回	円	円	円
生活援助	回	円	円	円
通院等乗降介助	回	円	円	円
訪問入浴介護	回	円	円	円
福祉用具貸与	日	円	円	円
福祉用具購入	—	円	円	円

*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。

*利用料は上限額の範囲内としてください。利用者負担額は利用料の1割に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。

*助成額は、利用料から利用者負担額を控除した額を記入してください。

*1箇月毎に記入してください。

<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を受けました。</p> <p style="text-align: right;">利用者名 _____</p>
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p style="text-align: right;">サービス提供事業者 _____</p> <p style="text-align: right;">管 理 者 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>

【裏面に実施確認票あり】

実施確認票

介護支援専門員による事業所の紹介・調整等

利用者名 _____

担当者名 _____

居宅介護支援事業所名 _____

所在地 _____

面談日（電話による相談も可） _____ 年 月 日

アセスメント	

課題分析の 結果	

援助方針と サービス内容	

介護支援専門員による事業所の紹介・調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

_____ 年 月 日 利用者または申請者 署名

*実施確認票については、事業所様式の添付でも可