

玉村町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書
（サービス事業所用）

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月毎に記入してください。

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 _____
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 _____ 管 理 者 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____

【裏面に実施確認票あり】

実施確認票

□ 訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者または責任者の印を押してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下の 【記入例】 A～Eで記入してください。

A 身体介護	B 生活援助
C 通院等乗降介助	D 訪問入浴介護

【 月 】 曜日	【 火 】 曜日
1	2
(A、B) 印	(C) 印

_____ 年 _____ 月分

【 曜日 】	【 曜日 】	【 曜日 】	【 曜日 】	【 曜日 】	【 曜日 】	【 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 ()				

□ 福祉用具貸与（ 年 月分）

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

福祉用具の種類	期 間	利用料	本人負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

□ 福祉用具購入（ 年 月分）

福祉用具の種類	納品日	利用料	本人負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円

* 実施確認票については、事業所様式の添付でも可