様式第８号（第12条関係）

西伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　）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 | 助成額（Ｂ又はＣのいずれか少ない額） |
| 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　　　　月分

|  |
| --- |
| 　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。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。