

千代田町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

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
年 月分	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
	介護支援専門員 による事業所の 紹介・調整等	回	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。

※ 1 月毎に記入してください。

※ 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。

※ 利用料は、上限額の範囲内としてください。

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 _____ 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 _____

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	

※事業所様式の添付でも可

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 利用者又は申請者 署名

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
--------	--------	-----------	----------

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