

## 姫路市若年がん患者の在宅療養支援事業実施報告書

（様分）

|         | サービス区分                          | 利用回数 | 所要額 | 公費額 | 利用者負担額 |
|---------|---------------------------------|------|-----|-----|--------|
| 年<br>月分 | A 身体介護                          | 回    | 円   | 円   | 円      |
|         | B 生活援助                          | 回    | 円   | 円   | 円      |
|         | C 通院等乗降介助                       | 回    | 円   | 円   | 円      |
|         | D 相談・助言その他の日常生活上の世話<br>に必要となるもの | 回    | 円   | 円   | 円      |
|         | 福祉用具貸与                          | 日    | 円   | 円   | 円      |
|         | 計                               | 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。
- \* 交通費は対象外。
- \* 1月毎に記入してください。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">年    月    日</div> <p>上記のとおりサービス提供を受けました。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <u>利用者名</u> <span style="float: right;">印</span><br/> <u>住所</u><br/> <u>電話番号</u> </div>                                                            |
| <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">年    月    日</div> <p>上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <u>サービス提供事業者</u> <span style="float: right;">印</span><br/> <u>管理者</u> <span style="float: right;">印</span><br/> <u>住所</u><br/> <u>電話番号</u> </div> |

# 実施確認

## ・訪問介護

下記のカレンダーに訪問介護を利用した日には、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 相談・助言その他の日常生活上の世話に必要なもの

## ・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。

| 福祉用具種類 | 期間       |
|--------|----------|
|        | 月 日～ 月 日 |
|        | 月 日～ 月 日 |
|        | 月 日～ 月 日 |
|        | 月 日～ 月 日 |

— 保健所確認欄 (ここから下は記載しないでください。) —

・決定通知 ( 期間 ・ 内容 ヘルパーは3回/週まで )

・金額 円/月 (6万円以下であること) (自己負担額 円)

・確認日 年 月 日

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|