

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 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 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。

年 月 日 上記のとおりサービス提供を受けました。 <u>利用者名</u> _____ <u>住所</u> _____ <u>電話番号</u> _____
年 月 日 上記のとおりサービス提供を実施しました。 <u>サービス提供事業者</u> _____ <u>代表者（職・氏名）</u> _____ <u>住所</u> _____ <u>電話番号</u> _____

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となるもの

・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

--	--	--