

様式第8号（第14条、第15条関係）

（表）

吉田町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書

（ ）様分
（年齢 歳）

	サービス区分	利用回数等	サービス 利用料 A	(A×0.9) B	上限額 C	助成金 (B又はC のいずれか 少ない額)
年 月分	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 日 上記のとおりサービス提供を受けました。 <div style="text-align: right;"> 利用者名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ </div>
年 月 日 上記のとおりサービス提供を実施しました。 <div style="text-align: right;"> サービス提供事業者 管理者 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ </div>

※ 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。

※ 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 訪問入浴介護

【福祉用具貸与】

利用月の貸与期間が分かるように記入してください。

____年 ____月分

福祉用具の種類	期 間			
	月	日	月	日
	月	日	月	日
	月	日	月	日
	月	日	月	日

【福祉用具の購入】

____年 ____月 ____日

福祉用具の種類 () 金額 : () 円
自己負担額 () 円 領収書を添付してください。

----- 【役場記入欄】 -----

- ・ 交付決定通知 (期間・内容)
- ・ 金額 ____円/月 (自己負担額 ____円)