

八幡浜市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

		年	月分			
サービス区分		利用回数	利用料	助成額	本人負担額	
訪問介護	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	
特定福祉用具購入		—	円	円	円	
計		—	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。
- ※ 本人負担額は利用料の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上げてください。（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者にあつては「0円」としてください。）
- ※ 助成の対象となる利用料は、1月当たり6万円を上限とします。
- ※ 1月ごとに記入してください。

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を受けました。

利用者名 \_\_\_\_\_

住 所 愛媛県八幡浜市 \_\_\_\_\_

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名 \_\_\_\_\_

管 理 者 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

【裏面に実施確認票あり】

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氏名を記載し、又は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～Dで記入してください。複数のサービスを実施したときは、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

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

■特定福祉用具購入 ( 年 月分)

特定福祉用具の種類	納品日	利用料	本人負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円