

様式第8号（第11条関係）

利府町若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書

利用者氏名（ ） 生活保護受給の有無： 有 ・ 無

年 月分

サービス区分	利用回数	費用 (A)	利用者負担額 (A) × 1/10 (※1)	助成上限額 (B)	助成額 (※2)
(1) 訪問介護	回	円	円	(1) から (4) の 合計額について 63,000円 ※利用者が生活保護 受給者の場合は 70,000円	
(2) 訪問入浴介護	回	円	円		
(3) 福祉用具貸与	回	円	円		
(4) 福祉用具購入	回	円	円		
小計		円	円	円	円
(5) 居宅介護支援	回	円	円	12,000円	円
小計		円	円	円	円
合計		円	円		円

(A) は利用者がお支払いした費用になります。

※1 利用者が生活保護受給者である場合は、(A) の額と同額を記載してください。

※1 (5) 居宅介護支援については (A) の額と同額を記載してください。

※2 助成額は利用者負担額と助成上限額を比較し、低い方の額になります。

【申請者記入欄】

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を受けました。

利用者氏名 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

【サービス提供事業者・居宅介護支援事業者記入欄】

年 月 日

上記のとおりサービスを提供しました。

事業者名 _____

管 理 者 _____ 印

(自署の場合は押印省略可)

住 所 _____

電 話 番 号 _____

※ 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。

※ 実施報告書は、サービス提供事業者毎に作成してください。

実 施 確 認 票

年 月 分

訪問介護及び訪問入浴介護

1 以下のカレンダーの（ ）内に、その日に実施したサービスの内容を、次のA～Bから選択し、記入してください。

A 訪問介護 B 訪問入浴介護

2 （ ）の下の欄に、その日にサービスを実施した担当者印を押印してください。

| 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

福祉用具の種類	利用期間	利用料	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

福祉用具の種類	納品日	金額	負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円

居宅介護支援

サービス利用計画書等の写し（サービス内容の分かるもの（事業所様式可））