様式第９号(第12条関係)

西予市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 利用回数 | 利用料 | 本人負担額 | 助成額 |
| 年  月分 | 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 |
| 福祉用具購入 | － | 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。

|  |
| --- |
| 年　月　日  　上記のとおりサービス提供を受けました。  　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者名  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　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  　　　　　　　　　　　　　　　　　管 理 者  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※　１月毎に記入してください。

【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 |
| A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D |
| ８ | ９ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D |
| 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |
| A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D | A　・　B  C　・　D |  |  |  |  |

■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 |

■福祉用具購入(　　年　　月分)

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