

大郷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)	助成上限額 (B)	利用者負担額			助成額 (F)
				上限額内 自己負担分 (1割) (C)	上限額 超過分 (D)	合計額 (E)	
(1)訪問介護	回	円	円	円	円	円	円
(2)訪問入浴介護	回	円	円	円	円	円	円
(3)福祉用具貸与	回	円	円	円	円	円	円
(4)福祉用具購入	回	円	円	円	円	円	円
小 計		円	円	円	円	円	円
居宅介護支援	回	円	円	円	円	円	円
小 計		円	円	円	円	円	円
合 計		円	円	円	円	円	円

(A) は実際にかかった費用になります。

(B) は (1) ～ (4) までの合計額が補助上限額70,000円になるようにします。

【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

【居宅介護支援事業者・サービス提供事業者記入欄】

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

※ 実施報告書は、居宅介護支援事業者及び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

訪 問 介 護 の 内 容	利 用 日	利用時間	負担額
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
合計		時間	円

☐ 訪問入浴介護

訪 問 入 浴 介 護 の 内 容	利 用 日	利用時間	負担額
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
		時間	円
合計		時間	円

☐ 福祉用具貸与

福祉用具の種類	利用期間	負担額
	月 日～ 月 日	円
	月 日～ 月 日	円
	月 日～ 月 日	円
合計		円

☐ 福祉用具購入

福祉用具の種類	納品日	負担額
	月 日	円
	月 日	円
合計		円