

みなかみ町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	助成対象経費（A）	助成額 （A×90%） ※ 1 円未満切捨て
年 月 分	身体介護	回	円	上限額 ・ 0 歳から19歳まで 50,000円／月 ・ 20歳から39歳まで 80,000円／月	
	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	円
	福祉用具貸与	日	円	上限額 80,000円／月	円
	小計		円	円	
	福祉用具購入	—	円	上限額 50,000円／月	円
	小計		円	円	
	居宅介護支援	回	円	上限額 10,000円／月	円
	小計		円	円	
	合計		—	円	(B) 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。

※ 1 月毎に記入してください。

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

実施確認票

☐ 介護支援専門員による事業所の紹介、調整等

利用者名 _____

担当者名 _____

居宅介護支援事業所名 _____

所在地 _____

面談日（電話による相談も可） _____ 年 ____ 月 ____ 日

アセスメント	

※事業所様式の添付でも可

課題分析の 結果	

援助方針と サービス内容	

介護支援専門員による事業所の紹介、調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

____ 年 ____ 月 ____ 日 利用者又は申請者 署名 _____

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～Eで記入してください。

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
--------	--------	-----------	----------

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

☐ 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