

(表)

伊東市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金実施報告書

( ) 様分  
(年齢 歳)

	サービス区分	利用回数等	サービス 利用料 A	(A×0.9) B	補助上限額 C	補助金 (B又はC のいずれか 少ない額)
年 月分	身体介護	回	円			
	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	45,000 円	円
	福祉用具貸与	日	円	円	27,000 円	円
	福祉用具購入		円	円	45,000 円	円
	合 計					円

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	印
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	印
(管理者が署名又は押印してください。)	
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。  
※ 月毎に記入してください。

【裏面に実施確認あり】

(裏)

実施確認

【訪問介護及び訪問入浴介護】

下記のカレンダーに訪問介護・訪問入浴介護をした日には、訪問者の印を押してください。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月分

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 ( )				

※ カレンダー内の ( ) にA～Dを記入してください。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

【福祉用具貸与】

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月分

福祉用具種類	期 間
	月 日 ~ 月 日
	月 日 ~ 月 日
	月 日 ~ 月 日

【福祉用具購入】

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

福祉用具種類 ( \_\_\_\_\_ )      金額 : \_\_\_\_\_ 円)  
自己負担額 ( \_\_\_\_\_ 円)      領収書控えを添付してください。