様式第８号（第１３条関係）

渋川市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

（介護支援専門員・サービス事業者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | サービス区分  提供サービスに○を付  ↓　けてください。 | | | | 利用  回数 | | 利用料 | 利用者負担額 | 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 |
|  |  | | | 介護支援専門員による事業所の紹介・調整等 | 回 | | 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。

※　１月毎に記入してください。

※　利用者負担額は利用料の１割に相当する額とし、１円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。

※　助成額は、利用料から利用者負担額を控除した額を記入してください。

※　利用料は、上限額の範囲内としてください。

|  |
| --- |
| 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（自署）  　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |

【裏面に実施確認票あり】実施確認票（介護支援専門員用）

□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 |  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　　　実施確認票（サービス事業者用）

* 訪問介護及び訪問入浴介護利用確認票

　　　下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、実施したサービスＡ～Ｄに○を記入してください。複数のサービスを実施したときは、複数記入してください。

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

* 福祉用具貸与利用確認票（　　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 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日～　　月　　日 | 円 | 円 |

□ 福祉用具購入確認票（　　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 |
|  | 月　　　日 | 円 | 円 |
|  | 月　　　日 | 円 | 円 |