

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。

<p>年 月 日 上記のとおりサービス提供を受けました。</p> <p style="text-align: right;">利用者名（自署） _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>
<p>年 月 日 上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p style="text-align: right;">サービス提供事業者 _____</p> <p style="text-align: right;">管 理 者 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>

【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											
1		2		3		4		5		6	
A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
8		9		10		11		12		13	
A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
15		16		17		18		19		20	
A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
22		23		24		25		26		27	
A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
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

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