

中之条町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

年 月 分		利用回数	利用料	利用者負担額	助成額
サービス区分 提供サービスに○を ↓ 付けてください					
	介護支援専門員 による事業所の 紹介・調整等	回	円	円	円
	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	回	円	円	円
	福祉用具購入	-	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。

※ 利用料は上限額の範囲内としてください。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。

※ 1月毎に記入してください。

<p>年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を受けました。</p> <p>利用者名 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>電話番号 _____</p>
<p>年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p>サービス提供事業者 _____</p> <p>管 理 者 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>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      利用者または申請者 署名 \_\_\_\_\_