

西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書

(様 月分)

サービス区分	利用回数	所要額	助成金の額	利用者負担額
A 身体介護	回	円	円	円
B 生活援助	回	円	円	円
C 通院等乗降介助	回	円	円	円
D 福祉用具貸与	日	円	円	円
計		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。

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を受けました。

利用者氏名 _____ ㊞

住 所 _____

電話番号 _____

年 月 日

上記のとおりサービス提供を提供しました。

サービス提供事所名 _____

管理者氏名 _____ ㊞

住 所 _____

電話番号 _____

実施状況

●訪問介護

※カレンダーに日にちを記入してください。訪問介護を利用した日は、()内に利用したサービスの主たる内容の記号と、訪問者の印を押してください。

A 身体介護 B 生活支援 C 通院等乗降介助

日	月	火	水	木	金	土
()	()	()	()	()	()	()
()	()	()	()	()	()	()
()	()	()	()	()	()	()
()	()	()	()	()	()	()
()	()	()	()	()	()	()

●福祉用具貸与

福祉用具種類	利用期間
	月 日～ 月 日
	月 日～ 月 日
	月 日～ 月 日
	月 日～ 月 日
	月 日～ 月 日

市 記 入 欄	委任状	請求書	領収書	内 容 (ヘルパー3回/週まで)	助成金額 (54,000円以下)
	可・否	可・否	可・否	可・否	可・否

確 認 日	年 月 日	課 長	主 査 等	担 当