

様式第9号（第13条関係）

吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書

（ 年 月分）

サービス区分	利用回数	利用料	利用者負担額	助成額
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	日	円	円	円
福祉用具購入	—	円	円	円

備考

- 1 利用したサービスのサービス区分の欄に○を付けてください。
- 2 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。
- 3 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 style="text-align: right;">利用者名 住 所 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 style="text-align: right;">サービス提供事業者 管 理 者 住 所 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	
課題分析の結果	
援助方針とサービス内容	

備考 本様式に限らず、事業所による様式の添付でも可とする。

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
利用者又は申請者（署名）

実施確認票

訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の印を押してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下のA～Eで記入してください。

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 ()	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 ()				

福祉用具貸与 (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

福祉用具購入 (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