

様式第8-1号 (第12条関係)

沼田市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

年 月分

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
	介護支援専門員による 事業所の紹介・調整等	回	円	円	円
訪問介護	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

※ 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。

<p style="text-align: center;">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 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>
<p style="text-align: center;">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 _____</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>

※ 1月毎に記入してください。

【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 利用者又は申請者 署名

様式第8-2号 (第12条関係)

沼田市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

年 月分

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
	介護支援専門員による 事業所の紹介・調整等	回	円	円	円
訪問介護	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

※ 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。

<p style="text-align: center;">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 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>
<p style="text-align: center;">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 _____</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>

※ 1月毎に記入してください。

【裏面に実施確認票あり】

実施確認票

訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 カレンダー（ ）内に、実施したサービスを以下の、
A～D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

- 2 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（または責任者）の印を押してください。
(自署サイン可)

(記載例)

【日】 曜日	【月】 曜日
1 (A B)	2 (D)
沼田	沼田

年 月分

【 】 曜日	【 】 曜日	【 】 曜日	【 】 曜日	【 】 曜日	【 】 曜日	【 】 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

※実施確認票については、事業所様式の添付でも可