別記様式第11号（第12条関係）

今治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 | 利用回数 | 利用料合計 | 助成金 | 申請者負担額 |
| 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 |
| 特定福祉用具販売 | － | 円 | 円 | 円 |
| 計 | － | 円 | 円 | 円 |

注１ 複数の事業者を利用しているときは、事業者ごとに提出が必要です。また、利用料の合計額が月額上限（６万円）を超えるときは、事業者間で調整してください。

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月分ごとに記入してください。

4　裏面の【実施確認票】を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【申請者確認欄】 |   |
|  年　　 月　　 日上記のとおりサービスの提供を受けました。 つきましては、当該サービスに係る助成金の請求及び受領について、以下の事業者に委任します。 　住所 　　　申請者名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者確認欄】 |   |
|  年 　　 月 　　 日 上記のとおりサービスの提供を実施しました。 支援事業の実施状況に関し求められたときは、報告し、及び調査に協力します。 住所 サービス提供事業者  |

**裏面記載あり**

【実施確認票】

■訪問介護及び訪問入浴介護

1. 以下のカレンダーの訪問介護及び訪問入浴介護を実施した日に事業者のサービスを実施した担当者印を押印してください。
2. カレンダー内の（ ）に実施したサービスを次のＡ～Ｄで記入してください。複数のサービスを実施したときは、主として実施したものを記入してください。

# Ａ身体介護 Ｂ生活援助 Ｃ通院等乗降介助 Ｄ入浴介護

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( )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（注 利用月の貸与期間を記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 期 間 | 利用料 | 対象者負担額 |
|   | 月  | 日から  | 月  | 日まで  | 円  | 円  |
|   | 月  | 日から  | 月  | 日まで  | 円  | 円  |
|   | 月  | 日から  | 月  | 日まで  | 円  | 円  |
|   | 月  | 日から  | 月  | 日まで  | 円  | 円  |
|   | 月  | 日から  | 月  | 日まで  | 円  | 円  |

■特定福祉用具販売

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 納品日 | 利用料 | 対象者負担額 |
|   |  | 月 |  | 日 | 円  | 円  |
|   |  | 月 |  | 日 | 円  | 円  |
|   |  | 月 |  | 日 | 円  | 円  |