様式第９号（第11条関係）

嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書

（　　　　　　　　　）様分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　月分 | 区分 | 利用回数 | 利用料 |
| ①訪問介護 |  |  |
| ②訪問入浴介護 |  |  |
| ③福祉用具貸与 |  |  |
| ④特定福祉用具購入 |  |  |
| 合計(①+②+③+④) |  | 円 |

※利用料には、支払った対象経費を全てご記入ください。

※複数の事業所を利用しているときは、事業所ごとに提出してください。ただし、利用料の合計額が上限額（6万円）を超えた分については提出不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス | ※提供したサービスに☑を記入してください。 |
| □（1）訪問介護 |  |
| ①身体介護 |
|  | □排泄・食事介助 | □清拭・入浴、身体整容 | □体位変換・移動・外出介助等 |
|  | □起床及び就寝介助 | □服薬介助 | □その他（　　　　　　） |
| ②生活援助 |
|  | □掃除 | □洗濯 | □ベッドメイク |
|  | □衣類の整理・補修 | □調理・配下膳 | □買い物・薬の受け取り |
| ③通院等乗降介助 |
|  | □乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助 |
|  | □通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助 |
| □（2）訪問入浴介護 |  |
| □（3）福祉用具貸与 | 種目（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □（4）特定福祉用具購入 | 種目（　　　　　　　　　　　　　　　　）　 |
| 上記のとおりサービス提供を実施しました。年　月　日サービス提供事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |