

(表面)

長島町若年者在宅ターミナルケア支援事業実施報告書  
( 年 月分)

|       |  |      |               |
|-------|--|------|---------------|
| ふりがな  |  | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳) |
| 利用者氏名 |  |      |               |

| サービス区分        | 利用回数<br>又は日数 | サービス総額 | 公費額<br>( 9 割) | 利用者負担額<br>( 1 割) |
|---------------|--------------|--------|---------------|------------------|
| 身体介護 ( A )    | 回            | 円      | 円             | 円                |
| 生活援助 ( B )    | 回            | 円      | 円             | 円                |
| 通院等乗降介助 ( C ) | 回            | 円      | 円             | 円                |
| 訪問入浴介護 ( D )  | 回            | 円      | 円             | 円                |
| 福祉用具貸与 ( E )  | 日            | 円      | 円             | 円                |
| 合計金額          |              | 円      | 円             | 円                |
| 福祉用具購入 ( F )  |              | 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提供を受けました。                     |
| 利用者名 _____ ㊞<br>住 所 _____<br>電話番号 _____ |
| 年 月 日                                   |
| 上記のとおりサービス提供を実施しました。                    |
| 事業者名 _____ ㊞<br>住 所 _____<br>電話番号 _____ |
| (詳細は裏面)                                 |

(裏面)

・訪問介護及び訪問入浴介護

下記のカレンダーに、サービスを行った日にA～Dを記入してください。

(主として利用した内容の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：訪問入浴介護

(記入例)

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月分

|     |
|-----|
| 1 日 |
| A   |

|       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 日   | 2 日   | 3 日   | 4 日   | 5 日   | 6 日   | 7 日   |
| 8 日   | 9 日   | 1 0 日 | 1 1 日 | 1 2 日 | 1 3 日 | 1 4 日 |
| 1 5 日 | 1 6 日 | 1 7 日 | 1 8 日 | 1 9 日 | 2 0 日 | 2 1 日 |
| 2 2 日 | 2 3 日 | 2 4 日 | 2 5 日 | 2 6 日 | 2 7 日 | 2 8 日 |
| 2 9 日 | 3 0 日 | 3 1 日 |       |       |       |       |

・福祉用具貸与 (E)

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

| 福祉用具種類 | 期 | 間     |
|--------|---|-------|
|        | 月 | 日～月 日 |
|        | 月 | 日～月 日 |
|        | 月 | 日～月 日 |

・福祉用具購入 (F) \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

福祉用具種類 ( \_\_\_\_\_ 金額 : \_\_\_\_\_ 円)

自己負担額 ( \_\_\_\_\_ 円) 領収書の写しを添付してください。

医師の意見書等に係る費用 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

領収書の写しを添付してください。