

西条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

印

【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

印

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