

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 |
|-----------------------------------|----------|-----|--------|-----|
| 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 |
| 介護支援専門員 による事業所の 紹介・調整等 | 回 | 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。

※ 助成額は、利用料から利用者負担額を控除した額を記入してください。

※ 利用料は、上限額の範囲内としてください。

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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>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> |

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 | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

| | |
|-------------|-------|
| 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

※実施確認票については、事業所様式の添付でも可