

北中城村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	サービス利用 料(A)	補助率 (B)	(A) × (B)	請求額(C)
	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	9/10	円	円

※サービス利用料は支払った対象経費を全てご記入ください。
※請求額(C)には、(A) × (B) と 54,000 の低い方の額をご記入ください（1 円未満の端数は切捨て）。

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 ☐排せつ・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 ☐買物・薬の受取 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 _____	

