

様式第9号

西宮市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書

( 様分)

	サービス区分	利用回数	所要額	公費額	利用者負担額
年 月分	A 身体介護	回	円	円	円
	B 生活援助	回	円	円	円
	C 通院等乗降 介助	回	円	円	円
	D 相談・助言そ 他の日常生活 上の世話に 必要となるもの	回	円	円	円
	福祉用具貸与	回	円	円	円
	計	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。

\* 交通費は対象外

\* 1月ごとに記入してください。

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

住所

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。

サービス提供事業者

代表者（職・氏名）

住所

電話番号

裏面に実施確認あり

・訪問介護

下記のカレンダーに訪問介護を利用した日には、訪問者の名を記載してください。

年 月分

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

( 年 月分)

利用月の貸与期間が分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

— 保健所確認欄（ここから下は記載しないでください。） —

・決定通知（期間・内容 ヘルパーは3回/週まで）

・金額 円/ 月（6万円以下であること）（自己負担額 円）

・確認日 年 月 日