

様式第8号（第15条関係）

与論町若年末期がん患者に対する療養支援事業実施報告書

（ ）様分

	サービス区分	利用回数 購入数	利用料 (A)	利用者負担額 (B) (A×0.1)	公費負担額 (A-B)
年 月分	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	点	円	円	円

備考

- 1 複数のサービスを組み合わせて提供している場合で、サービスの区分ごとに記入することが困難なときは、主として提供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。
- 2 利用者負担額について、10円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てた額を記入してください。
- 3 1か月ごとに記入してください。

利用者提供証明（利用者記入欄）

年 月 日

上記のとおりサービス提供を受けました。

住 所
利用者氏名
電 話 番 号

㊟

サービス提供事業者提供証明（サービス提供事業者記入欄）

年 月 日

上記のとおりサービス提供を実施しました。

所 在 地
事業者名
代表者氏名
電 話 番 号

㊟

※裏面に実施確認あり

実施確認（サービス提供事業者記入欄）

訪問介護及び訪問入浴介護実施確認（ 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 ()				

備考

- 1 カレンダーの（ ）内に、主として提供したサービスをA～Dで記入してください。
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
- 2 訪問介護又は訪問入浴介護を実施した日について、訪問者の印を押してください。

福祉用具貸与確認（ 年 月分）

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

備考 提供月の貸与期間がわかるように記入してください。

福祉用具購入確認

購入年月日	年 月 日
福祉用具種類	
金額	円

備考 領収書（購入の明細がわかるもの）の写しを添付してください。

医師の意見書等に係る費用確認

発行日	年 月 日
自己負担額	円

備考 領収書の写しを添付してください。

与論町確認欄（ここから下は記入しないでください。）

利用決定通知	期間・内容
金額	円/月（うち自己負担額： 円）
確認日	年 月 日