（表面）

様式第９号（第１４条関係）

薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書

（　　年　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） |
| 利用者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | 利用回数  又は日数 | サービス総額 | 公費額  （９割） | 利用者負担額  （１割） |
| 身体介護（Ａ） | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 生活援助（Ｂ） | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 通院等乗降介助（Ｃ） | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 訪問入浴介護（Ｄ） | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 福祉用具貸与（Ｅ） | 日 | 円 | 円 | 円 |
| 合計金額 | | 円 | 円 | 円 |
| 福祉用具購入（Ｆ） | | 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。

|  |
| --- |
| 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。  事業者名  住　　所  電話番号  　　　　　　（詳細は裏面） |

（裏面）

・訪問介護及び訪問入浴介護

下記のカレンダーに、サービスを行った日にＡ～Ｄを記入してください。

（主として利用した内容の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：訪問入浴介護

（記入例）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月分

|  |
| --- |
| １日  Ａ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １日 | ２日 | ３日 | ４日 | ５日 | ６日 | ７日 |
| ８日 | ９日 | １０日 | １１日 | １２日 | １３日 | １４日 |
| １５日 | １６日 | １７日 | １８日 | １９日 | ２０日 | ２１日 |
| ２２日 | ２３日 | ２４日 | ２５日 | ２６日 | ２７日 | ２８日 |
| ２９日 | ３０日 | ３１日 |  |  |  |  |

・福祉用具貸与（Ｅ）

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

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

・福祉用具購入（Ｆ）　　　　年　　月　　日

福祉用具種類（　　　　　　　　　　　　　金額：　　　　　　　　円）

自己負担額　（　　　　　　　　　　円）　領収書の写しを添付してください。

・医師の意見書等に係る費用　　　　　年　　月　　日

　領収書の写しを添付してください。