

様式第10号（第12条関係）

伊予市若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書

年 月分					
サービス区分	利用回数	利用料合計	助成金	申請者負担額	
訪問介護					
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	
特定福祉用具販売	—	円	円	円	
計	—	円	円	円	

備考

- 1 複数の事業者を利用しているときは、事業者ごとに提出が必要です。また、利用料の合計額が月額上限（6万円）を超えるときは、事業者間で調整してください。
- 2 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。
- 3 1月分ごとに記入してください。
- 4 裏面の【支援事業に係るサービス等の実績票】を記載してください。

【申請者確認欄】

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を受けました。

住 所
申請者名

【事業者確認欄】

年 月 日

上記のとおりサービスの提供を実施しました。

住 所
事業者名

裏面記載あり

【支援事業に係るサービスの実績票】

1 訪問介護及び訪問入浴介護利用確認票

(1) 以下のカレンダーの訪問介護及び訪問入浴介護を実施した日に事業者のサービスを実施した担当者印を押印してください。

(2) カレンダー内の()に実施したサービスを次のA～Dで記入してください。複数のサービスを実施したときは、主として実施した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. 入浴介護

()曜日						
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 ()				

2 福祉用具貸与利用確認票 (※利用月の貸与期間を記入してください。)

福祉用具の種類	期 間	利用料	自己負担額
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円
	月 日から 月 日まで	円	円

3 特定福祉用具販売利用確認票

福祉用具の種類	納品日	利用料	自己負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円