

「有・無」及び「該当・非該当」を必ず選択してください。

利用者氏名（ 仙台 花子 ）

生活保護受給有無【選択】： 無

市民税非課税世帯【選択】： 非該当

令和●年●月分

サービス区分	利用回数	サービス 利用料 (A)	利用上限額 (B)	利用者負担額			助成額 (F)
				上限額内 自己負担分 (1割) (C)	上限額 超過分 (D)	合計額 (E)	
(1)訪問介護	8 回	32,000 円					
(2)訪問入浴介護	4 回	52,000 円					
(3)福祉用具貸与	回	円					
(4)福祉用具購入	回	円					
小 計		84,000 円	70,000 円	7,000 円	14,000 円	21,000 円	63,000 円
(5)居宅介護支援	1 回	11,000 円					
小 計		11,000 円	12,000 円	0 円	0 円	0 円	11,000 円
合 計		95,000 円		7,000 円	14,000 円	21,000 円	74,000 円

- (A) サービス利用にかかった費用の総額を記載してください。
- (C) (1)から(4)の上限額内自己負担分について、利用者が生活保護受給者又は市民税非課税世帯の方の場合は0円となります。
- (C) (5)の上限額内自己負担分については、全ての利用者が0円となります。

【申請者記入欄】

令和●年●月●日

上記のとおりサービスの提供を受けました。

利用者氏名 仙台 花子

住 所 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号

電 話 番 号 022-261-1111

【サービス提供事業者・居宅介護支援事業者記入欄】

令和●年●月●日

上記のとおりサービスを提供しました。

事 業 者 名 ●●介護事業所

管 理 者 仙台 市太郎

印

(自署の場合は押印省略可)

住 所 仙台市青葉区国分町●丁目●番●号

電 話 番 号 022-●●●●-●●●●

- ※ 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。
- ※ 実施報告書は、サービス提供事業者・居宅介護支援事業者毎に作成してください。

仙台市若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書兼実施確認票

令和●年●月分

☒ 訪問介護及び訪問入浴介護

1 以下のカレンダーの（ ）内に、その日に実施したサービスの内容を、次のA～Bから選択し、記入してください。

A 訪問介護	B 訪問入浴介護
--------	----------

2 （ ）の下欄に、その日にサービスを実施した担当者印を押印してください。

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
1 ()	2 (A)	3 ()	4 (B)	5 ()	6 (A)	7 ()
	担当		担当		担当	
8 ()	9 (A)	10 ()	11 (B)	12 ()	13 (A)	14 ()
	担当		担当		担当	
15 ()	16 (A)	17 ()	18 (B)	19 ()	20 (A)	21 ()
	担当		担当		担当	
22 ()	23 (A)	24 ()	25 (B)	26 ()	27 (A)	28 ()
	担当		担当		担当	
29 ()	30 ()	31 ()				

☐ 福祉用具貸与

福祉用具の種類	利用期間	利用料	負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

☐ 福祉用具購入

福祉用具の種類	納品日	金額	負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円