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・助言その他 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