

明和町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書

サービス区分 提供サービスに○を付けて ↓ください		利用 回数	利用料	利用者負担額	助成額
年 月分	介護支援専門員 による事業者の 紹介・調整等	回	円	円	円
	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	—	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。

※ 1月毎に記入してください。

<p>年 月 日 上記のとおりサービス提供を受けました。</p> <p style="text-align: right;">利用者名 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>
<p>年 月 日 上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p style="text-align: right;">サービス提供事業者</p> <p style="text-align: right;">所 在 _____</p> <p style="text-align: right;">名 称 _____</p> <p style="text-align: right;">代表者名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>

【裏面に実施確認票あり】

# 実施確認票

介護支援専門員による事業者の紹介・調整等

利用者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業者名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

面談日（電話による相談も可） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

アセスメント	_____
	_____
	_____

※事業者様式の添付でも可

課題分析の 結果	_____
	_____
	_____

援助方針と サービス内容	_____
	_____
	_____

介護支援専門員による事業者の紹介・調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日      利用者又は申請者 署名 \_\_\_\_\_