

三島市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書

補助対象者名 ( \_\_\_\_\_ ) 様

	サービス区分	利用回数等	サービス 利用料 A	(A×0.9) B	補助上限額 C	補助金 (B又はCのい ずれか少ない額)
年 月分	身体介護	回	円			
	生活援助	回	円			
	通院等乗降介助	回	円			
	訪問入浴介護	回	円			
	小 計		円	円	45,000 円	円
	福祉用具貸与	日	円	円	27,000 円	円
	福祉用具購入		円	円	45,000 円	円
	合 計					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。

<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を受けました。</p> <p style="text-align: center;">利用者名 _____</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p>
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p style="text-align: center;">サービス提供事業者 _____</p> <p style="text-align: center;">管 理 者 _____ (記名押印または署名)</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>

※1ヶ月ごとに記入してください。

【裏面へ】

