第９号様式（第11条関係）

南さつま市若年者在宅ターミナルケア支援事業実績報告書

○利用者氏名

○サービス内容

　サービス利用期間　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | 内容 | 利用  回数 | 所要額 | 公費額 | 利用者  負担額 |
| 身体介護 |  | 回 | 円 | 円 | 円 |
|  | 回 | 円 | 円 | 円 |
| 生活援助 |  | 回 | 円 | 円 | 円 |
|  | 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 |
| 計 | | |  |  |  |

* 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。

　　　　　　年　　月　　日

　上記のとおりサービス提供を受けました。

住　　所　〒

氏　　名

　　　　　　年　　月　　日

上記のとおりサービス提供を実施しました。

住　　所　〒

事業所名

代表者名

第９号様式つづき

訪問サービス確認票

▽訪問介護及び訪問入浴介護

下記のカレンダーに訪問介護・訪問入浴介護をした日には、訪問者の印を押してください。

　　　　年　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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( ) |  |  |  |  |

※カレンダー内の（　　）にＡ～Ｄを記入してください。主として利用した内容の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訪問入浴介護

▽福祉用具貸与

　　　　年　　月分

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 貸与期間 |
|  | 月　　日　～　　　　　月　　日 |
|  |  |

▽福祉用具購入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 福祉用具種類 |  | | |
| 販売価格 | 円 | 自己負担額 | 円 |