

様式第9号

神戸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 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
	福祉用具購入	点	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✓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

— 神戸市確認欄（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（10万円以下であること）（自己負担額 円）

・確認日 年 月 日