

令和 7 年度前橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金実績報告書

月ごとに記入してください

市の助成に関わる部分のみ記入してください

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	A 利用料	B 利用者負担額 利用料の 1 割	(A-B) 補助額 利用料の 9 割
○年 ○月分	○ 介護支援専門員 による事業所の 紹介・調整等	○回	上限 10,000 円	1,000 円 1 円未満切り捨て	9,000 円
	身体介護	回	上限 50,000 円	円	円
	生活援助	回		5,000 円 1 円未満切り捨て	4,5000 円
	通院等乗降介助	回		円	円
	○ 訪問入浴介護	○回	円	円	円
	小児慢性を利用しない場合のみ利用可	福祉用具貸与	日	上限 30,000 円	3,000 円 1 円未満切り捨て
福祉用具購入		—	上限 50,000 円	5,000 円 1 円未満切り捨て	45,000 円

身体介護～訪問入浴介護までの合計で、上限 50,000 円です。

※ 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。

令和○年○月○日

上記のとおりサービス提供を受けました。

利用月末の日付、または利用者がお亡くなりになった日付となります。

利用者名 前橋 花子  
所 前橋市○○町○○番地○  
電話番号 027-○○○-○○○○

令和○年○月○日

上記のとおりサービス提供を実施しました。また、暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

サービス提供事業者 株式会社 ○○○  
管理者 代表取締役 ○○ ○○  
住 所 前橋市○○町○○番地○  
電話番号 027-○○○-○○○○

発行責任者：前橋 花子 (電話番号) 027-○○○-○○○  
担当者：前橋 花子 (電話番号) 027-○○○-○○○

利用者の氏名、電話番号をご記入ください。

令和 7 年度前橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金実績報告書

月ごとに記入してください

市の助成に関わる部分のみ記入してください

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	A 利用料	B 利用者負担額 利用料の 1 割	(A-B) 補助額 利用料の 9 割
○年 ○月分	○ 介護支援専門員 による事業所の 紹介・調整等	○回	上限 10,000 円	1,000 円 1 円未満切り捨て	9,000 円
	身体介護	回	円	円	円
	生活援助	回	上限 80,000 円	8,000 円 1 円未満切り捨て	7,2000 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	-	上限 50,000 円	5,000 円 1 円未満切り捨て	4,5000 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。

令和○年○月○日

上記のとおりサービス提供を受けました。

利用月末の日付、または、利用者がお亡くなりになった日付となります。

利用者名 前橋 花子

所 前橋市○○町○○番地○

電話番号 027-000-0000

令和○年○月○日

上記のとおりサービス提供を実施しました。また、暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

サービス提供事業者 株式会社 ○○○

サービス提供事業者の代表の方 (= 委任状の管理者) となります。

管理者 代表取締役 ○○ ○○

住 所 前橋市○○町○○番地○

電話番号 027-000-0000

発行責任者：前橋 花子

(電話番号) 027-000-

利用者の氏名、電話番号を  
ご記入ください。

担当者：前橋 花子

(電話番号) 027-000-

記入例

実施確認票

介護支援専門員用

月ごとに記入してください

☑介護支援専門員による事業所の紹介・調整等

利用者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

面談日（電話による相談も可） \_\_\_\_\_ 年 月 日

利用開始日以降、お亡くなりになった日までの日付となります。

アセスメント	〇〇である。
	_____
	_____
	_____

この場合、「添付のとおり」とご記入ください

※事業所様式の添付でも可

課題分析の結果	〇〇である。
	_____
	_____
	_____

援助方針とサービス内容	〇〇
	_____
	_____
	_____

利用月末の、または利用者がお亡くなりになった日付となります。

等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

令和〇年〇月〇日

利用者または申請者

署名 前橋 花子

利用者の氏名となります。利用者ご本人またはご家族に署名をもらってください