

令和6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 50,000 円	5,000 円 1円未満切り捨て	4,5000 円
	通院等乗降介助	回	身体介護～訪問入浴介護までの合計で、上限50,000円です。		円
	訪問入浴介護	回	円	円	円
	福祉用具貸与	日	上限 30,000 円	3,000 円 1円未満切り捨て	27,000 円
	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

小児慢性を利用しない場合のみ利用可

※ 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。

利用者名 前橋 花子  
住 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 6 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。

利用者名 前橋 花子

住 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の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。

**記入例**

**実施確認票**

**サービス事業所用**

月ごとに記入してください

訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の押印又は担当者の自署のサインを記入してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下のA～Eで記入してください。

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

○年 ○月分

※事業所様式の添付でも可

この場合、「添付のとおり」とご記入ください。

( 金 ) 曜日	( 土 ) 曜日	( 日 ) 曜日	( 月 ) 曜日	( 火 ) 曜日	( 水 ) 曜日	( 木 ) 曜日
1 ( D )	2 ( )	3 ( )	4 ( )	5 ( )	6 ( )	7 ( )
( 印 )						
8 ( )	9 ( )	10 ( )	11 ( )	12 ( A )	13 ( )	14 ( )
				サイン		
15 ( D )	16 ( )	17 ( )	18 ( )	19 ( )	20 ( )	21 ( )
( 印 )						
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わかるように記入してください。

福祉用具の種類	期 間	利用料	本人負担額
ベッド	○月 ○日～ ○月 ○日	5,008円	500円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

本人負担額は利用料の1割です。  
1円未満は切り捨ててください。

福祉用具購入 ( ○年 ○月分)

福祉用具の種類	納品日	利用料	本人負担額
車いす	○月 ○日	45,012円	4,501円
	月 日	円	円
	月 日	円	円