

大河原町若年がん患者在宅療養支援事業実施確認票

年 月分

□ 訪問介護及び訪問入浴介護

1 下記のカレンダーの（ ）内に、実施したサービスの内容を次のA～Bから選択し、記入してください。

A 訪問介護    B 訪問入浴介護

2 （ ）の下欄に、その日にサービスを実施した担当者の印を押してください。

曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	曜日	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 ( )				

□ 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。

福祉用具の種類	期 間	利用料	本人負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

□ 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
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円