様式第10号(第9条関係)

若年がん患者在宅療養生活支援補助金実績報告書

1　サービス利用月(利用した月ごとに、本様式を記入してください。)

|  |
| --- |
| 年　　　月 |

2　対象者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | 生年月日 |
| 年　　月　　日(　　歳) |

3　補助金の申請兼請求額の算出

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | 利用  回数等 | 実支出額 | | 基準額 | 補助率 | 申請兼請求額  (実支出額と基準額を比較して少ない方の額)×補助率 |
| 訪問介護 | 回 | | 円 | 1月当たり110,000円 | 2分の1 | (100円未満切捨て)  円 |
| 訪問入浴介護 | 回 | | 円 | 1月当たり65,000円 | (100円未満切捨て)  円 |
| 福祉用具貸与 | 品目 | | 円 | 1月当たり20,000円 | (100円未満切捨て)  円 |
| 特定福祉用具購入 | 品目 | | 円 | 1年当たり100,000円 | (100円未満切捨て)  円 |
|  | | | | | | 合計  　　　　　　　　円 |

4　訪問介護サービスの利用状況(利用した月分の領収書を添付してください。)

次の日付の欄に、当該日にサービスを利用した回数を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護サービスの事業者名 | | | | | | | | | | | |
| 1日 | 2日 | 3日 | 4日 | 5日 | 6日 | 7日 | 8日 | 9日 | 10日 | 11日 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 12日 | 13日 | 14日 | 15日 | 16日 | 17日 | 18日 | 19日 | 20日 | 21日 | 22日 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 23日 | 24日 | 25日 | 26日 | 27日 | 28日 | 29日 | 30日 | 31日 | 合計 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 回 | |

(裏面に続く。)

(裏面)

5　訪問入浴介護サービスの利用状況(利用した月分の領収書を添付してください。)

　 サービスを利用した日付を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問入浴介護サービスの事業者名 | |
| 利用した日 |  |

6　福祉用具貸与サービスの利用状況(利用した月分の領収書を添付してください。)

　 貸与を受けた福祉用具の種目、当月分の費用額、契約期間を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉用具貸与サービスの事業者名 | | |
| 福祉用具の種目・品名 | 当月分の実支出額 | 貸与の契約期間 |
|  | 円 | 月　　日～　　月　　日 |
|  | 円 | 月　　日～　　月　　日 |
|  | 円 | 月　　日～　　月　　日 |
|  | 円 | 月　　日～　　月　　日 |
|  | 円 | 月　　日～　　月　　日 |
|  | 円 | 月　　日～　　月　　日 |
| 当月分の実支出額の合計 | 円 |  |

7　特定福祉用具購入サービスの利用状況(領収書を添付してください。)

　 購入した特定福祉用具の種目・品名、金額及び購入日を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特定福祉用具購入の事業者名 | | |
| 特定福祉用具の種目・品名 | 購入金額 | 購入日 |
|  | 円 | 年　　月　　日 |
|  | 円 | 年　　月　　日 |
|  | 円 | 年　　月　　日 |
| 購入金額の合計 | 円 |  |