様式第９号

　　年　　月　　日

サービス提供事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者名

（署名又は記名押印）

電話番号

浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施証明書

下記のとおりサービス提供を実施したことを証明します。

利用月（　　　　　　年　　　月分）

利用者氏名（　　　　　　　　　　　　　）

【居宅サービス】※１月毎に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス区分 | 利用回数等 | 利用日詳細 | サービス利用料 |
| 身体介護 | 　　　回 |  | 　　　円 |
| 生活援助 | 　　　回 |  | 　　　円 |
| 通院等乗降介助 | 　　　回 |  | 　　　円 |
| 訪問入浴介護 | 　　　回 |  | 　　　円 |
| 小　計 |  |  | 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。

【福祉用具貸与】※１月毎に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉用具種類 | 金　額　内　訳 | 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 |
| 小　計 | 円 |  |

【福祉用具購入】

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具種類 | 金　額　内　訳 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  | 円 |
| 小　計 | 円 |