

日田市医療的ケア児等在宅レスパイト支援事業 サービス提供実績報告書

日田市長

所在地
名称
代表者

下記のとおり、日田市医療的ケア児等在宅レスパイト支援事業におけるサービスを提供したので報告します。

受給者番号		サービス提供月	令和	年	月分
保護者等氏名		医療的ケア児等氏名			
先月までの利用時間		今月の利用時間		当該1年間(※1)における累計利用時間	時間 / 144時間

件数	日付	サービス提供時間※2		サービス算定時間※4	備考※3	サービス実施場所
		開始時刻	終了時刻			
1	日			h		
				km		
2	日			h		
				km		
3	日			h		
				km		
4	日			h		
				km		
5	日			h		
				km		
6	日			h		
				km		
7	日			h		
				km		
8	日			h		
				km		
9	日			h		
				km		
10	日			h		
				km		
合計				h × 7,520 =		
				km × 39 =		

※1 当該1年間とは、4月1日～翌3月31日までを指します。

※2 健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を除いてください。

※3 同日に複数事業所がサービスを提供した場合、他の事業所について、事業所名およびサービス提供時間を記載してください。

※4 日ごとのサービス算定時間は、サービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、30分単位(30分未満切り上げ)で記載してください。

※5 利用登録者の当該サービス提供月の実績内容について報告してください。

受給者番号

総計