

大阪市医療的ケア児の家族に対するレスパイト支援事業 サービス提供実績報告書

(あて先) 大阪市長

所在地
名称
代表者 (役職名)
(氏名)

次のとおり、大阪市医療的ケア児在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名		サービス提供月	年	月分
医療的ケア児氏名		生年月日	年	月 日
当該1年間(※1)における累計利用時間 (本件実績までを含む)			時間 /	時間

日付	サービス提供時間※2		サービス算定時間※4	備考※3	署名	サービス実施場所
	開始時刻	終了時刻				
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)
日	:	:	:			1 自宅 (保険適用外の時間) 2 自宅外 (場所;)

サービス算定時間 合計	:
-------------	---

- ※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、1時間単位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。