様式第１１号

**介助人派遣事業利用報告書（個人用）**

**（　　　　年度第　　四半期分）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名 | 住所 |  |
| 氏名 |  | 受給者証№ |  |
| 利用日時　 | 時間 | 単　価 | 金　　額 | 担当者印 | 利用者確認印 |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 年　　　月　　　日　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　　　　　　　　計 |  |  |  |  |  |

注）①　制度上の留意点

・１月当たりの利用限度時間数は１６時間以内です。残時間数を翌月に繰り越すことはできません。

　　　・当事業の対象は、１回当たり３時間以上のサービスに限ります。よって、１回当たり３時間未満のサービスは、当事業の対象外となります。

②　本表の記入上の留意点

　　介助人は、サービス提供終了後、本表を記載し、必ず担当者印を押印するとともに、利用者確認印を押印してもらってください。

|  |
| --- |
| 上記のとおり報告いたします。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　家政婦紹介所名　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |