茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業サービス提供実績報告書

　　年　　月　　日

（提出先）

　　茅ヶ崎市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　茅ヶ崎市医療的ケア児在宅レスパイト事業について、次のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 提供年月 | 年　月分 | | | |
| ２ | 医療的ケア児 |  | | | |
| ３ | 利用日  利用時間 | No | 利用日 | 利用時間 | 金額 |
| １ | 年　月　日 | ～ | 円 |
| ２ | 年　月　日 | ～ | 円 |
| ３ | 年　月　日 | ～ | 円 |
| ４ | 年　月　日 | ～ | 円 |
| ５ | 年　月　日 | ～ | 円 |
| ６ | 年　月　日 | ～ | 円 |

※サービスの単価は、３０分当たり４，５００円（３０分未満は３０分に切上げ）です。

※「利用者名」「訪問日時」「訪問場所」「利用者の病状の経過」「医療的ケアの実施事項」等

　が確認できる報告書類を添付してください。

保護者署名：