

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： _____