様式第４号（第６条関係）

時津町医療的ケア児訪問型レスパイト事業実績内容報告書

（　　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 |  | 訪問看護  ステーション名 |  |
| 生年月日 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利用年月日 | 医療的ケアの  内容 | 訪問看護  利用時間  (イ) | | 健康保険法  適用対象時間  (ロ) | | 補助対象時間  (ハ)＝(イ)－(ロ) | |
| 時間 | 分 | 時間 | 分 | 時間 | 分 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 | | | 利用日数 | | 日 | | (ニ)＝(ハ)の合計 | |
|  |  |
| 補助金交付対象時間 | | | (ホ)＝(ニ)の1時間未満切捨て | | | |  | 時間 |
| 補助金額 | | | (ヘ)＝(ホ)×7,500円 | | | |  | |
| (ト)＝(ヘ)の1,000円未満切捨て | | | |  | |