【費用介護手当用】

介護実施報告書（　　年　　月分）

介護サービス事業者名（又は介護者氏名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被爆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施日	開始・終了時間	中抜き時間	サービス実施時間	サービス内容 （下記の表から番号で選択してください。表に記載のないサービスについては、具体的に直接記入してください。）	担当者	被爆者確認印
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			

サービス内容

身体介護	1 食事介助　2 排泄介助　3 清拭・入浴介助　4 身体整容　5 体位変換　6 移動・移乗介助 7 外出介助　8 通院介助（※院内介助・待ち時間は含めないでください。）　9 起床及び就寝介助 10 服薬介助　11 自立生活支援のための見守り的援助
家事援助	12 掃除　13 洗濯　14 ベッドメイク　15 衣類の整理・被服の補修 16 一般的な調理・配下膳　17 買い物　18 薬の受け取り

※サービス実施時間、サービス内容、サービスごとの被爆者印が確認できる様式であれば、自社様式を提出されても構いません。

【費用介護手当用】

介護実施報告書（　　年　　月分）

介護サービス事業者名（又は介護者氏名） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被爆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

実施日	開始・終了時間	中抜き時間	サービス実施時間	サービス内容 （下記の表から番号で選択してください。表に記載のないサービスについては、具体的に直接記入してください。）	担当者	被爆者確認印
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			
日(　　)	～	H	H			

サービス内容

身体介護	1 食事介助　2 排泄介助　3 清拭・入浴介助　4 身体整容　5 体位変換　6 移動・移乗介助 7 外出介助　8 通院介助（※院内介助・待ち時間は含めないでください。）　9 起床及び就寝介助 10 服薬介助　11 自立生活支援のための見守り的援助
家事援助	12 掃除　13 洗濯　14 ベッドメイク　15 衣類の整理・被服の補修 16 一般的な調理・配下膳　17 買い物　18 薬の受け取り

※サービス実施時間、サービス内容、サービスごとの被爆者印が確認できる様式であれば、自社様式を提出されても構いません。