家族介護者支援ホームヘルプサービス提供実績票

合計(A+B)	円

事業所番号	
事業者名称 代表者氏名	

地域福祉課担当者確認印

利用者負担 なし

月	利用者氏名	利用時間分								夜間加算 (午後6時以降利用開始)		請求金額
		1時間	2時間	3時間	4時間	5時間	6時間	7時間	8時間	~1時間	~2時間	
		@4,000	@6,500	@8,500	@10,000	@11,500	@13,000	@14,500	@16,000	@1,000	@2,000	
				回	回	回	回	回	回	回	回	円
	合 計(A)		□	回	回							円

利用者負担 1割

		利用時間分								夜間加算 (午後6時以降利用開始)		
月 利用者氏名	1時間	2時間	3時間	4時間	5時間	6時間	7時間	8時間	~1時間	~2時間	請求金額	
		@3,600	@5,850	@7,650	@9,000	@10,350	@11,700	@13,050	@14,400	@900	@1,800	
		回		回	回		回			回		円
	合 計(B)	0	0	0					0	0	0	円