

秋田市通所型介護予防事業実績報告明細書

実施施設名 _____

年 月分

利用者番号		(決定通知に記載の番号を記入)	
生保受給等の有無	有/無	利用者氏名	
利用プログラム または フォローアップ指導		運動機能向上プログラム 口腔機能向上プログラム	【プログラム名称】 ・運動機能向上プログラム ・栄養改善プログラム ・口腔機能向上プログラム ・フォローアップ
実施回数	月/日 (曜日)	主なサービス内容	担当者
1クール 1 1回目	()	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 日付、曜日の間違い がないようご注意ください。 </div>	
1 2回目 口腔 : 6回目	()		
2クール 1回目	()	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> プログラムの実施回数をご記入ください。 ・実施回数を超えた回数分の請求はできません。 ・複合の実施もわかるように記入してください。 </div>	
2回目	()		
	()		
	()		

上記に相違がないことを確認しました。

利用者の自筆で、確認日・確認者氏名を記入してください。

年 月 日 氏名

- ② 当月の初回参加者については個別サービス計画書を添付すること。
- ② 1コースを終了した利用者については、事前・事後アセスメント票を添付すること。