

秋田市通所型介護予防事業実績報告書

毎月14日（14日が土日祝日の場合その前の平日）を記載ください。3月のみ3月31日。

年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

法人（団体）名
代 表 者

年 月分の実績について次のとおり報告します。

1 利用回数等

| 項 | 目 | 人 数 等 |
|-------------------|-----------------|------------------|
| 利 | 用 者 数 | 実利用人数を記載 人 |
| 内 訳 | 被 保 護 者 等 以 外 | 人 |
| | 被 保 護 者 等 | 人 |
| プ ロ グ ラ ム 別 回 数 | 運 動 器 の 機 能 向 上 | 回 |
| | 栄 養 改 善 | プログラムごとの実利用回数を記載 |
| | 口 腔 機 能 の 向 上 | |
| | 複 合 プ ロ グ ラ ム | |
| フ ォ ロ ー ア ッ プ 指 導 | 回 | |

2 委託料請求内訳

| 項 目 | プログラムの種類 | 利用単価／1回 | 利用回数 | 合 計 |
|-------------------|----------|---------|------|-----|
| 被 保 護 者 等 以 外 | 1 種 類 | 4,670円 | 回 | 円 |
| | 複 合 | 5,340円 | 回 | 円 |
| 被 保 護 者 等 | 1 種 類 | 4,900円 | 回 | 円 |
| | 複 合 | 5,600円 | 回 | 円 |
| フ ォ ロ ー ア ッ プ 指 導 | | 1,500円 | 回 | 円 |
| 合 計 | | | | 円 |