様式第５号（第１２条関係）

補助金実施状況報告書

年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

　住所（所在地）

申請者

氏名（団体名及び代表者名）

　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付の決定を受けた補助事業等の実施状況を佐倉市介護予防・生活支援サービス事業（第一号通所事業）補助金交付要綱第１２条の規定により、下記のとおり報告します。

記

・利用者及びサービス提供状況は、別添利用状況のとおり

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　氏　名被保険者番号 | 住　所（大字迄） | 介護度 | ケアプランの有無 | 送迎の有無 | 通所回数 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**参考様式４**

　　　　　　　　通所型サービス利用状況　　　令和　　年　　月分

〈記入上の注意事項〉

* + - ケアマネのケアプランに基づき利用する場合は、介護度及び被保険者番号の記入が必要です。

利用状況は、参考様式に示されている内容を含んでいれば、任意様式で構いません

**考様式５**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 日 | 時　間 | サービス内容 | 全利用者数 | ケアプランに基づく利用者 |
| 　　月 |  |  |  |  |  |
| 【講師】 |
| 　　月 |  |  |  |  |  |
| 【講師】 |
| 　　月 |  |  |  |  |  |
| 【講師】 |
| 　　月 |  |  |  |  |  |
| 【講師】 |
| 　　月 |  |  |  |  |  |
| 【講師】 |

　　通所型サービス提供状況　　　　令和　　年　　月分

※事業開始後３月に１回評価し、市へ報告してください。