

平塚市地域生活支援事業

● サービス提供報告書

- ◆ 移動支援
- ◆ 日中一時支援
- ◆ 訪問入浴サービス
- ◆ 地域活動支援センター
- ◆ 代理受領に関する委任状

平塚市 福祉部 障がい福祉課
令和7年4月1日

<地域生活支援事業の注意点>

1. ①サービス提供報告書の提出について

- ・提出期日はサービス提供月の翌月10日とします。(10日が休みの場合は直前の平日)
- ・サービス提供報告書は、原本を保管し、写しを平塚市障がい福祉課宛てに提出して下さい。
- ・サービス提供報告書は、平塚市指定の様式を利用してください。

②提出方法

- ・提出する際は、事業者番号ごとにまとめて、郵送又は持参してください。
(障害福祉サービスと平塚市地域生活支援事業で事業者番号が異なりますのでご注意ください。)
- ・FAXでの提出はできません。
- ・報告書は、受給者番号順に並べ替えて御提出ください。

問い合わせ先

平塚市役所 障がい福祉課

電 話 0463-21-8774 (直通)

F A X 0463-21-1213 (直通)

第4号様式（第10条関係）

平塚市日中一時支援事業 サービス提供報告書

| | |
|----------|-----|
| サービス提供年月 | 年 月 |
| 事業所番号 | |
| 事業所名称 | |

| | |
|--------|-----------|
| 受給者番号 | |
| 利用者氏名 | |
| 利用者負担率 | 0% 5% 10% |
| 重度重複加算 | あり ・ なし |

| 利用日 | | 利用時間 | | 利用時間 | 算定区分 | | | | 送迎加算 | | 行動加算 | 利用者負担額 | 利用者確認欄 | 備考 |
|-----|-------------------|------|------|------|------|---|---|---|------|----|------|--------|--------|----|
| 日付 | 曜日 | 開始時間 | 終了時間 | | ① | ② | ③ | ④ | 迎え | 送り | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | ① 2時間以内 | | | | | | | | | | | | | |
| | ② 2時間超～6時間以内 | | | | | | | | | | | | | |
| | ③ 6時間超 | | | | | | | | | | | | | |
| | ④ 生活介護後1時間以上2時間以内 | | | | | | | | | | | | | |

※1時間未満での請求は出来ません。ご注意ください。

平塚市訪問入浴事業

サービス提供報告書

| | | |
|---------------|---|---|
| サービス提供年月 | 年 | 月 |
| 事業所番号 | | |
| 事業者及びその事業所の名称 | | |
| サービス内容及び契約支給量 | 回 | |

| | |
|--------|--|
| 受給者証番号 | |
| 受給者氏名 | |
| 利用者氏名 | |
| 利用者負担率 | |

| 入浴計画 | | ◆ 日中一時支援 | | サービス提供の内容 | | | 確認欄 | | 備考 |
|------|----|----------|----|-----------|----------|----|------|-------|----|
| 日付 | 曜日 | 日付 | 曜日 | 入浴 | 一部入浴(清拭) | 中止 | 提供者名 | 利用者確認 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | / |

平塚市訪問入浴事業

サービス提供報告書

| | |
|---------------|---------------------------------|
| サービス提供年月 | 令和 6 年 4 月 |
| 事業所番号 | * * * * * * * * * * |
| 事業者及びその事業所の名称 | 平塚市〇〇入浴サービス(株) 0463-**-***** |
| サービス内容及び契約支給量 | 5 回 |

| | |
|--------|---------------------|
| 受給者証番号 | * * * * * * * * * * |
| 受給者氏名 | 平塚 太郎 |
| 利用者氏名 | 平塚 花子 |
| 利用者負担率 | 10% |

10%負担は37,200円の方
0%負担は0円の方
その他の方は、5%負担となります。

| 入浴計画 | | ◆ 日中一時支援 | | サービス提供の内容 | | | 確認欄 | | 備考 |
|------|----|----------|----|-----------|----------|----|------|-------|----|
| 日付 | 曜日 | 日付 | 曜日 | 入浴 | 一部入浴(清拭) | 中止 | 提供者名 | 利用者確認 | |
| 1 | 火 | 5 | 火 | 1 | | | 神奈川 | ✓ | |
| 8 | 火 | 12 | 火 | 1 | | | 神奈川 | ✓ | |
| 15 | 火 | | | | | 1 | | | |
| 22 | 火 | 26 | 火 | | 1 | | 神奈川 | ✓ | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | 2 | 1 | 1 | | | |

訪問入浴を実施した場合に「1」を記入してください。

計画が中止になった場合「1」を記入してください。
提供者名、利用者確認のチェックは、この場合不要です。

健康上等の理由から入浴サービスの一部しか実施できなかった場合「1」

活動した従事者の名前を記載してください。

利用者に内容を確認のうえチェックしてください。

代理受領に関する委任状

(宛先)
平塚市長

年 月 日

委任者（サービス利用対象者）

受給者番号

居住地

氏 名

(サービス利用対象者が18歳未満の場合は、保護者となります。)

私は、平塚市地域生活支援事業にかかる助成金の受領について、次の者を代理人として定め、助成金の受領の権限を委任します。
なお、期間は代理人との契約期間とします。

受任者（事業者）

所在地

名 称

代表者職氏名

この委任状を使用するをする事業にチェックを入れてください。

- 平塚市移動支援事業
- 平塚市日中一時支援事業
- 平塚市訪問入浴事業
- 平塚市障がい児タイムケア事業
- 平塚市地域活動支援センター