

中間市医療的ケア児等レスパイト事業利用実績表

訪問看護ステーション名		利用者名	
-------------	--	------	--

【自宅等（保険適用外の時間）】

実施日	利用時間		健康保険法適用対象時間		助成対象時間	備 考 (自宅以外の場合、 看護場所を記入)
	開始時刻	終了時刻	開始時刻	終了時刻		
日	:	:	:	:		
日	:	:	:	:		
日	:	:	:	:		
日	:	:	:	:		
日	:	:	:	:		
合 計						

【移動時の訪問看護】※移動先での付き添い分は上記の表に記入してください

実施日	利用時間		時 間	移動内容（行先等）
	開始時刻	終了時刻		
日	:	:		
日	:	:		
日	:	:		
日	:	:		
日	:	:		
合 計				

（注）1 報告書が2枚以上になる場合、合計の時間は1枚目に記載してください。

2 1月当たりの利用時間で0.5時間未満の端数がある場合は、切り捨てとなります。