

様式第8号（第12条関係）表面

いわき市若年がん患者在宅療養支援事業利用管理票

氏名	いわき 花子	生年月日	平成〇年〇月〇日
住所	いわき市〇〇町△一△	負担割合	1割
有効期間	令和〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇年〇〇月〇〇日 まで		

※月ごとに、各サービス単価（総額）の合計が60,000円に達するまでご記載ください。

（上限額を超えた分については、全額利用者負担となります。）

※生活保護を受給される方のご負担は0円ですので、加入している医療保険からの変更がありましたら、変更申請をお願いします。

令和4年10月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額徴収印
1日	株式会社〇〇〇	30,000円	3,000円	
1日	株式会社〇〇〇	22,500円	2,250円	
5日	ヘルパーステーション〇〇〇	2,500円	250円	
12日	ヘルパーステーション〇〇〇	2,500円	250円	
19日	ヘルパーステーション〇〇〇	2,500円	250円	

(例)10月は、月額60,000円に達したため、これ以降の記載は不要です。

令和4年11月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額徴収印
1日	株式会社〇〇〇	22,500円	2,250円	
2日	ヘルパーステーション〇〇〇	3,960円	396円	
7日	〇〇サービス	12,600円	1,260円	
16日	ヘルパーステーション〇〇〇	3,960円	396円	
28日	〇〇サービス	12,600円	1,260円	

一つの表に書ききれない場合は、次の表に続けて記載してください

令和4年11月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額徴収印
30日	ヘルパーステーション〇〇〇	3,960円	396円	

様式第 8 号（第 12 条関係）裏面

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印