様式第８号（第１０条関係）

年　　　月　　　日

医療的ケア実施報告書

市川市長

所在地

事業者名

（法人名等）

代表者氏名

電話番号

年度の医療的ケアの実績について、下記の通り、報告します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　補助対象事業所名：

２　年間の延利用者数

　⑴　指定生活介護事業所全体：延　　　　　人

　⑵　医療的ケアを実施した利用者：延　　　　　人

３　開所状況

　⑴　開所日数：年間　　　日

　⑵　月別内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施月 | 開所日数 | 実施月 | 開所日数 |
| ４月 | 日 | １０月 | 日 |
| ５月 | 日 | １１月 | 日 |
| ６月 | 日 | １２月 | 日 |
| ７月 | 日 | １月 | 日 |
| ８月 | 日 | ２月 | 日 |
| ９月 | 日 | ３月 | 日 |