

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

- (1) 指定生活介護事業所全体：延_____人
(2) 医療的ケアを実施した利用者：延_____人

3 開所状況

- (1) 開所日数：年間_____日
(2) 月別内訳

実施月	開所日数	実施月	開所日数
4 月	日	1 0 月	日
5 月	日	1 1 月	日
6 月	日	1 2 月	日
7 月	日	1 月	日
8 月	日	2 月	日
9 月	日	3 月	日