

介護保険・障害福祉サービス利用状況証明書（在宅介護慰労手当用）														
要介護者	住 所	福島市五老内町3番1号 ○○アパート△△△号室												
	氏 名	福島 太郎 (男)・女)												
	※市使用欄							生年月日	大正・昭和・平成 △△年△△月△△日					
	サービス名	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
	通所介護(労災保険)	8	9	8	7	6								
	ショートステイ(実費)	7	7	7	8									
要介護者の介護保険・障害福祉サービスの利用状況は、上記のとおりです。														
令和○年 ○○月 ○○日														
事業所名 ○○○○事業所														
代表者（介護支援専門員）氏名 所長 ○○ ○○														
電話番号 △△△-△△△△-△△△△														
※入院・入所について把握していることがあれば併せて記入をお願いします。（医療機関・施設名称及び入院・入所期間）														
令和5年12月20日～令和6年1月31日 ○○病院 入院														
令和6年 2月 1日～令和6年4月30日 介護老人保健施設○○○○ 入所														