**福山市介護予防・生活支援サービス事業　通所型サービス 業務報告兼完了通知書**

様式２

年（令和　　　年）　　　月　　　日

福山市長様

（高齢者支援課）

法人所在地

法人名称

法人代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり通所型サービスを実施・完了しましたので報告します。

**【　受　託　内　容　】**

１．実施プログラム　　　　　運動　　　　　複合

２．実施事業所

３．受託期間　　　　　　　　年　　月　　日　　　　～　　　　　　年　　月　　日

**【　　　　年　　月実績】**　延べ数等

１．利用者実人数　　　　　計　　　　　人　（内，プログラム実施終了　　　　　人）

２．提供回数　　　　　計　　　　　回

３．提供状況等

|  |
| --- |
| 添付のとおり。 |

**【　　　累　　　計　　　】**　利用者実人数に応じた事業評価の集計

プログラム実施終了後の事業評価を報告します。

（人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開始月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 計 |
| 改善 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 維持 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 悪化 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 中断 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |