

【訪問リハビリテーション】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○施設等の区分： 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院

○事業所名： _____

利用者氏名	所定単位 (単位数)	加算の状況											減算の状況						合計 (単位数)	保険請求額 (円)	本人負担額 (円)
		特別地域加算	中山間地域等小規模事業所加算	中山間地域等利用者加算	短期集中リハビリテーション実施加算	リハビリテーションマネジメント加算	リハビリテーションマネジメント加算に係る医師による説明	認知症短期集中リハビリテーション加算	口腔連携強化加算	退院時共同指導加算	移行支援加算	サービス提供体制強化加算	高齢者虐待防止未実施減算	業務継続計画策定減算	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	事業所と同一の建物に居住する利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合				
1																		0			
2																		0			
3																		0			
4																		0			
5																		0			
6																		0			
7																		0			
8																		0			
9																		0			
10																		0			
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

注2) 利用者数に対して行が不足する場合は、適宜、行を挿入してご記入ください。

○訪問リハビリテーション事業従業者一覧

	氏名	職務	兼務している職務	資格	常勤・非常勤の別
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					

注) 「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている介護予防訪問リハビリテーション事業所を記入する必要はありません。