

【通所リハビリテーション】

○ 年 月分 (直近の1か月について記入)

○施設種の区分: 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)	
		理学療法士等 体制強化加算 (単位数)	7時間以上8時間未満の通所リハの前日生活の世話をしている場合 (単位数)	リハビリテーション提供体制加算 (単位数)	中山間地域等利用者加算 (単位数)	入浴介助加算 (単位数)	リハ'リ'テーションサポート加算 (単位数)	リハ'リ'テーションサポート加算に係る医師による説明 (単位数)	短期集中個別リハ'リ'テーション実施加算 (単位数)	認知症短期集中リハ'リ'テーション実施加算 (単位数)	生活行為向上リハビリテーション実施加算 (単位数)	若年性認知症利用者受入加算 (単位数)	栄養アセスメント加算 (単位数)	栄養改善加算 (単位数)	口腔・栄養スクリーニング加算 (単位数)	口腔機能向上加算 (単位数)	重度療養管理加算 (単位数)	中重度ケア体制加算 (単位数)	科学的介護推進体制加算 (単位数)	退院時共同指導加算 (単位数)	移行支援加算 (単位数)	サ-提供強化加算 (単位数)	ビ'提供加算 (単位数)	介護士等加算 (単位数)	職員の不足に 対応する (単位数)	定員超過 (単位数)	高齢者 超過 (単位数)	業務未遂 超過 (単位数)	業務計画 未遂 (単位数)	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所リハ'リ'テーションを行う場合 (単位数)	送迎減算 (単位数)				
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	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。

○通所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通所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。