

【介護予防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)	
		中山間地域等利用者加算	生活行為向上リハビリテーション実施加算	若年性認知症利用者受入加算	退院時共同指導加算	栄養アセスメント加算	栄養改善加算	口腔・栄養スクリーニング加算	口腔機能向上加算	一体的サービス提供加算	科学的介護推進体制加算	サービス提供体制強化加算	介護職員処遇改善関連加算	職員の欠員による減算	定員超過による減算	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介護予防通所リハビリテーションを行う場合	利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合					
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	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。

○介護予防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。