

【短期入所療養介護（診療所）】

○ 年 月分 （直近の1か月について記入）

○ 事業所類型： \_\_\_\_\_

○ 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)
		認知症行動・心理 症状緊急 対応加算	緊急短期 入所受入 加算	若年性認 知症利用 者受入加 算	送迎加算	口腔連携 強化加算	療養食加 算	認知症専 門ケア加 算	特定診療 加算	生産性向 上推進体 制加算	サービス 提供体制 強化加算	介護職員 等処遇改 善加算	定員超過 による減 算	ユニット における 職員減算	身体拘束 廃止未実 施減算	高齢者虐 待防止措 置未実施 減算	業務継続 計画未策 定減算	設備基準 減算	食堂の有 無				
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

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。  
 注2) 事業所類型には、報酬に係る基本部分による類型を記入してください。（「診療所短期入所療養介護（I）」等）

短期入所療養介護事業従業者一覧

	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短期入所療養介護事業所を記入する必要はありません。