

【介護予防短期入所療養介護（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	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 療費	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	

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとの一ヶ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。（「診療所介護予防短期入所療養介護（1）」等）

介護予防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短期入所療養介護事業所を記入する必要はありません。