

【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	0

注1) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとにの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）