

【介護予防短期入所療養介護（老健）】

○ 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)		
		夜勤職員配置加算 (単位数)	個別リハビリテーション実施加算 (単位数)	認知症行動・心理症状緊急対応加算 (単位数)	若年性認知症利用者受入加算 (単位数)	在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (単位数)	送迎加算 (単位数)	特別療養費 (単位数)	療養体制維持特別加算 (単位数)	総合医学管理加算 (単位数)	口腔連携強化加算 (単位数)	療養食加算 (単位数)	認知症専門ケア加算 (単位数)	緊急時施設療養費 (単位数)	生産性向上推進体制加算 (単位数)	サービス提供体制強化加算 (単位数)	介護職員等処遇改善加算 (単位数)	夜間勤務条件基準 (単位数)	定員超過による減算 (単位数)	職員の欠による減算の状況 (単位数)	ユニットにおける職員減算 (単位数)	身体拘束廃止未実施減算 (単位数)	高齢者防置未実施減算 (単位数)				業務継続計画未策定減算 (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

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。（「介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護（I）」等）