

【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)			
		理学療法士等体制強化加算	7時間以上8時間未満の通所リハの前後に日常生活上の世話をを行う場合	リハビリテーション提供体制加算	中山間地域等利用者加算	入浴介助加算	リハ・リテ・シヨナマネジメント加算	リハ・リテ・シヨナマネジメントに係る医師による説明	短期集中個別リハビリテーション実施加算	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	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	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	重度療養管理加算	中重度者ケア体制加算	科学的介護推進体制加算	退院時共同指導加算	移行支援加算	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	事業所と同居する者又は同一建物から利用する者に通所リハビリテーションを行う場合	送迎減算
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	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。