

【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	加算の状況																		減算の状況								合 計	保 険 請求額	本 人 負担額
			夜勤職員配置加算	個別リハビリテーション実施加算	認知症ケア加算	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	重度療養管理加算	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	送迎加算	特別療養費	療養体制維持特別加算	総合医学管理加算	口腔連携強化加算	療養食加算	認知症専門ケア加算	緊急時施設療養費	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	夜間勤務条件基準	定員超過による減算	職員の欠員による減算の状況	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			
		(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(単位数)	(円)	(円)
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

注1） 単位数を記入する欄には利用者個人ごと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。（「介護老人保健施設短期入所療養介護（1）」等）